Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. H. Schuermann

# Praecancerosen der Mundschleimhaut

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Janis Platais
aus Dobeln, Lettland

Würzburg 1955

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. H. Schuermann

# Praecancerosen der Mundschleimhaut

INAUGURAL-DISSERTATION

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Janis Platais
aus Dobeln, Lettland

Tag der mündl. Prüfung:
24.Nov. 1955

Würzburg 1955

Referent: Professor Dr. H. Schuermann

## Berichtigungen:

Seite 12, Zeile 13 muß es heißen Hyperkeratose

" " " 34 " " " (Szép);

Beim Lebenslauf Zeile 5 muß es statt 1940, 1943 heißen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg

## Inhaltsverzeichnis


| | Seite |
|---|---|
| Einleitung | 5 |
| Morbus Bowen | 5 |
| Erythroplasie (Queyrat) | 8 |
| Keratoma senile | 10 |
| Cheilitis glandularis | 11 |
| Cheilitis exfoliativa | 11 |
| Cheilitis abrasiva praecancerosa (Manganotti) | 12 |
| Glossitis interstitialis luica | 13 |
| Leukoplakie | 14 |
| Fallbeschreibungen: | |
| Morbus Bowen | 15 |
| Erythroplasie (Queyrat) | 25 |
| Keratoma senile | 27 |
| Cheilitis glandularis | 28 |
| Cheilitis exfoliativa | 33 |
| Cheilitis abrasiva praecancerosa | 37 |
| Glossitis interstitialis luica | 37 |
| Leukoplakie | 38 |
| Zusammenfassung | 39 |
| Literaturangaben | 41 |

Druck: Werkbund-Druckerei

# Praecancerosen der Mundschleimhaut

Seitdem die Frage der Praecancerosen erstmals von Dubreuilh auf dem internationalen Dermatologenkongreß in London im Jahre 1896 erörtert wurde, ist die Diskussion nicht erloschen. Namhafte Forscher wie Darier, Menetrier, Orth, Jadassohn, Unna, Delbanco, Deelmann, Goldberg u. a. m. haben sich mit dem Problem beschäftigt.

An zahlreichen Nomenklatur-Vorschlägen hat es nicht gefehlt. So spricht man von Praecancerosen, praecancerosen Veränderungen, praecancerosen Phasen, praecancerosen Zuständen, Praecancer, Praecarcinom und malignen Dyskeratosen.

Darier spricht von krankhaften Veränderungen der Schleimhaut und der Haut, die so häufig der Ausgangspunkt eines Krebses sind, daß dies sicher kein Zufall sein könnte. Er erwähnt, es stehe im Ermessen des Einzelnen, wo er die Grenze für die Praecancerosen setzen will. Von Seiten der Histopathologie sei diese Frage jedenfalls nicht zu klären.

Wir teilen mit Montgomery die Ansicht, der nur solche Veränderungen als Praecancerosen bezeichnet, die in mindestens 20% und mehr eine maligne Umwandlung erfahren und möchten hierher gerechnet wissen den Morbus Bowen, die Erythroplasie (Queyrat), das Keratoma senile, die Cheilitis glandularis simplex, die Cheilitis exfoliativa, die Cheilitis abrasiva praecancerosa (Manganotti), die Glossitis interstitialis luica und — mit Einschränkung — die Leukoplakie der Mundschleimhaut.

## I. Morbus Bowen.

Im Jahre 1912 beschrieb Bowen bis dahin unbekannte, chronisch, atypische Epithelproliferationen und bezeichnete diese als praecanceröse Dermatosen. Zwei Jahre später publizierte Darier drei weitere Fälle dieser Erkrankung. Er machte den Vorschlag, dieser Krankheit den Namen „Bowen" beizulegen. Die ersten Fälle des Morbus Bowen an der Schleimhaut wurden im Jahre 1921 durch Jessner und im Jahre 1922 durch Hudelo, Oury, Cailliau bekannt gemacht.

Von mehr als 300 publizierten Morbus Bowen Fällen fand ich in der einschlägigen Literatur zwanzig Morbus Bowen Fälle an der Mundschleimhaut. Sechs davon sind aus der Universitäts-Klinik Würzburg und in den vorstehenden Beschreibungen enthalten.

In folgendem Schema gebe ich die publizierten Morbus Bowen Fälle der Mundschleimhaut wieder:

| Nummer | Autoren Name | Jahr der Publik. | Geschlecht | Alter | Lokalisation | Dauer der Krankheit | Maligne Umwandlung |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Noguer-Moré | 1930 | — | — | Oberlippe | — | — |
| 2. | Favier | 1932 | M | 60 | Gingiva | Mehrere Monate | — |
| 3. | Brighton und Altman | 1932 | — | — | Gingiva u. re Tonsille | — | — |
| 4. | Howarth Walter | 1933 | M | 56 | Rachen | 2 Jahre | Beginn. Umwandl. |
| 5. | dto. | 1933 | M | 55 | Rachen | 3 Jahre | — |
| 6. | dto. | 1933 | M | 58 | Tonsillen | 2 Jahre | — |
| 7. | Hudelo und Cailliau | 1933 | F | 47 | Tonsillen | — | — |
| 8. | Touraine und Gole | 1936 | F | 61 | Wangen-schleimh. | 2 Jahre | — |
| 9. | Gougerot, Moulonguet und Lortat Jacob | 1936 | M | 61 | Gaumen u. li. Tonsille | 6 Monate | — |
| 10. | Stout | 1939 | M | 63 | Mundboden | 1 Jahr | Malign. Umw. u. Metastasen |
| 11. | Cipollaro und Foster | 1940 | F | 60 | Zunge | — | — |
| 12. | Gorlin | 1952 | M | 60 | Mundboden | 25 Jahre | Malign. Umwandl. |
| 13. | dto. | 1952 | F | 40 | Zunge | 1 Jahr | — |
| 14. | dto. | 1952 | M | 50 | Mundboden Larynx | 3 Jahre | Malign. Umwandl. |
| 15. | Leimig, G., | 1952 | M | 67 | Unterlippe, Oberl. | 7 Jahre | Malign. Umwandl. |
| 16. | Leimig, G., Reich, Reich und Schunda | 1952 u. 1953 | F | 59 | Unter- u. Oberlippe, Wangen-schleimhaut re. harter Gaumen | 1 Jahr | Malign. Umwandl. |
| 17. | Reich, Reich u. Schunda | 1953 | F | 82 | Zunge | 7 Jahre | Malign. Umwandl. |
| 18. | dto. | 1953 | M | 54 | Weicher Gaumen | 3 Wochen | — |
| 19. | dto. | 1953 | M | 65 | Wangenschleim-haut beiderseits, Lippenrot | 26 Jahre | Malign. Umwandl. |
| 20. | dto. | 1853 | M | 29 | Unterlippe links | Seit Geburt Verände-rungen an Unterlippe | — |

Das klinische Bild des Morbus Bowen der Mundschleimhaut ist sehr vielgestaltig und bietet je nach Dauer des Prozesses folgende Formen dar: 1. Erythroplasie-ähnliche, 2. noduläre oder papillomatöse, 3. ulceröse (Gorlin) und 4. leukoplakieähnliche (Szathmary). Das Zusammentreffen der anderen präcancerösen Affektionen, wie Cheilitis glandularis und Leukoplakie, vervielfältigen dieses Bild.

Nach Nicolas, Massia und Rousset unterscheidet man drei Stadien: 1. Stadium reiner Dyskeratose, 2. Allmähliche neoplastische Entwicklung, 3. Ausgesprochene Tumorbildung.

Histologisch ist der Morbus Bowen der Mundschleimhaut weniger charakteristisch als der der Haut (Gorlin), doch ist die Einteilung von Civatte auch hier zutreffend.

Was die Morbidität betrifft, so liegt sie bei den Geschlechtern gleichmäßig zwischen drittem und siebentem Lebensjahrzehnt (Darier, Jadassohn).

Infolge fehlender oder nur geringer Beschwerden und auf Grund des uncharakteristischen Bildes im Beginn der Erkrankung wird dieser häufig übersehen, d. h. die Krankheit gelangt vielfach erst dann zur Kenntnis, wenn sie in das papulöse, oder gar in das Stadium der Tumorbildung eingetreten ist. Nach bis jetzt beschriebenen Morbus Bowen Fällen an der Mundschleimhaut scheint es, daß die Männer bevorzugt befallen sind.

Die Dauer der Krankheit beträgt zwischen einem halben und vierzig Jahren (Carol).

Die Aethiologie des Morbus Bowen ist unbekannt, obwohl verschiedene Auffassungen geäußert werden. Grütz, Ducrey, Kreibich, Kuznitzky und Jacoby, Eliascheff, Vilanova nehmen an, daß die Entstehung des Morbus Bowen von einem Naevus aus folgt. Auch Darier hat die Vermutung ausgesprochen, daß die Krankheit wahrscheinlich von einem Naevus ausgehen kann. Gutmann und Martinotti vertreten dagegen die Anschauung, daß zwischen dem gemeinsamen Auftreten von Naevi und Bowen'scher Dermatose kein ätiologisch-genetischer Zusammenhang besteht. Nicolau, Nastase und Motoc gelangen, auf Grund der gefundenen Einschlußkörperchen, zur Ansicht, daß die Bowen'sche Krankheit eine Viruskrankheit sei. Nach Auffassung von Anderson sind der Morbus Bowen und die „superficiale Epitheliomatosis" hauptsächlich das Resultat von Arsenapplikation. Er berichtet über einen Fall mit Arsenkeratose an Händen, Fußsohlen, Stamm und Carcinom an der Zunge. Alle diese Erscheinungen traten gleichzeitig auf. Auch andere Autoren berichten über Fälle, bei denen Arsenapplikation anamnestisch vorlag (Fraser, Brunauer, Doty, Tello u. a.). Außerdem haben mehrere Autoren Morbus Bowen-ähnliche Bilder bei der Arsenhyperkeratose, bei der senilen Keratose und der Röntgenhaut gesehen (Darier, Goeckerman und Willheim, Montgomery, H. u. a.).

Deelmann und Br. Bloch und auch Dreifuß konnten beim experimentellen, mittels Teerpinselung erzeugten Hautkrebs der Mäuse zeigen, daß bei einer, allerdings nur kleinen Gruppe von Tieren, Epithelveränderungen auftreten, die den beim Morbus Bowen sich befindenden Epithelveränderungen entsprechen.

Montgomery, H. betont, die weitgehende Ähnlichkeit der bei vielen Fällen von Keratoma senile, Röntgen-, Teer- und Arsenkeratose gefundenen histopathologischen Bilder könne so stark sein, daß sie von dem üblichen Befund des Morbus Bowen nicht zu unterscheiden sei.

Die Meinungen über die Bezeichnung des Morbus Bowen als Praecancerose oder als Carcinom und dessen maligne Umwandlung sind geteilt. Bowen selbst bezeichnete den Morbus Bowen als Praecancerose. Darier schlug vor, dem Namen „Bowen" die Bezeichnung „ausgesprochen chronische und progrediente Dermatose" beizulegen.

Im Gegensatz zu denen, die Morbus Bowen als Praecancerose bezeichnen (Grütz, Delbanco, Goldberg u. a.) stehen andere, die ihn als superficiales Epitheliom oder intraepidermale Geschwulst oder Carcinom auffassen (Richon, Tommasi, Fraser, Pautrier, Nicolas — Massia — Rousset, Bosellini, Fuchs, Savatard, Broders, Hudelo-Cailliau, Grzybowski, Jorno, Kuznitzky-Jacobi, Carol, Lampe, Anderson, Madsen, Lutz, Schirner, Bang-Guldberg u.a.), oder solche, die den Mittelweg finden wollen, wie Winkler: „Morbus Bowen ist eine Praecancerose in dem Sinne, daß er mit Sicherheit zum Carcinom führt." J. P. Duesberg: „Morbus Bowen zeigt die Eigentümlichkeit der Gewebsveränderungen, die die Malignität streifen, ohne sie jedoch zu erreichen."

Nach Darier erfolgt die maligne Umwandlung in 50% der Fälle. Stout meint, daß die Bowen'sche Krankheit der Schleimhäute höhere Malignität zeige, als die der Haut. Er sah in 32 Fällen 40% maligne Umwandlung.

Die Diagnose des Morbus Bowen stützt sich auf das histologische Bild, auf die Multiplizität des Vorkommens, ebenso auf die scharfe Begrenzung krankhaft vorhandener Hautbezirke gegenüber der gesunden Epidermis, in deren unmittelbarer Nachbarschaft (Darier, Gutmann, Schönfeld, Sequeira). Keine dieser Zellveränderungen genügt für sich allein, um die Diagnose zu sichern. Dagegen ist gemeinsames Vorkommen einzelner Erscheinungen charakteristisch (Yamamoto).

## II. Erythroplasie (Queyrat)

Die Erythroplasie (Queyrat) wurde zuerst von Fournier und Darier im Jahre 1893 beschrieben und von ihnen als „Epithelioma papillaire" bezeichnet. 18 Jahre später wurden vier weitere Fälle von (Queyrat) unter dem Namen „Erythroplasie du glande" mitgeteilt. Darier übernahm später den Namen Erythroplasie und war der Meinung, es handele sich um eine und dieselbe Krankheit, doch hält er die Erythroplasie für einen klinischen Symptomenkomplex, der auf den Schleimhäuten oder den Übergängen der Schleimhaut zur Haut auftritt und der durch Bowen'sche Dermatose oder andere papillomatöse Krankheitszustände hervorgerufen wird.

Von nahezu dreihundert publizierten Fällen konnte ich nach mir zugänglicher einschlägiger Literatur drei Fälle der Erythroplasie (Queyrat) an der Mundschleimhaut finden.

1. Beim dermatologischen Kongreß im Jahre 1926 in Brüssel berichtete Barbier über einen Fall der Erythroplasie der Mundschleimhaut. Es zeigten sich an einer Stelle der Plaques die ersten Anfänge der malignen Umwandlung. Den Fall, sagte Barbier, könne man vielleicht als eine Erythroplasie betrachten, die schon in die maligne Umwandlung durch eine metatypische Phase eingegangen ist. Sie ist dem Morbus Bowen ähnlich.

2. Touraine, Solente und Renault: 45jähriger Mann, der seit 2 Monaten an der linken Wangenschleimhaut eine rotglänzende, feingekörnte, nicht erodierte und scharf abgegrenzte, zweifrankgroße Auflagerung mit feuchter Oberfläche hatte. Quer durch die Auflagerung schlängelte sich ein schmales, leukoplakisches Netz. An der rechten Wangenschleimhaut war eine typische, nicht fissurierte Leukoplakie. Patient ist ein alter Syphilitiker.

Die mikroskopische Untersuchung der Affektion der linken Wangenschleimhaut bestätigte die Diagnose einer hyperplastischen Erythroplasie. Das Epiderma ist stark verdickt und weist außerdem eine beträchtliche Vergrößerung der Malpighischen Schicht auf. Die Hautpapillen sind sehr dünn. Im Corium plasmolymphocytäre Infiltration. Perivasculäre Infiltration. Keine Dyskeratose. Die Zellen des Rete Malpighii sind regelmäßig.

3. Touraine, Solente und Golé: 59jähriger Mann. Der Sitz der Affektion ist in der Klein'schen Zone. Die Oberfläche der Affektion bildet zwei Zonen von buntem Aussehen. Die linke Seite zeigt eine einförmig rote, erythematöse, sehr wenig erhabene, glatte, glänzende, etwas talgige Diskusform. Die rechte Seite weist eine beginnende Leukoplakie auf. Das Ganze erinnert an Cheilitis glandularis im Anfangsstadium. Palpatorisch entdeckt man eine leichte Infiltration. Die regionären Lymphdrüsen sind nicht mitbeteiligt. Keine Anzeichen von Syphilis. Der histologische Befund bestätigte eine hyperplastische Erythroplasie mit beginnendem spinozellulärem Epitheliom.

Das morphologisch-klinische Bild der Erythroplasie ist nicht völlig eindeutig. Während Autoren wie Freund und Kolb das klinische Bild als charakteristisch bezeichnen, sogar, daß es allein genüge, um die Diagnose zu stellen, bezeichnen andere es als uncharakteristisch (Civatte, Ducrey, Richon, Lang, Balabanow). An erster Stelle hängt es davon ab, ob das Krankheitsbild auf der äußeren Haut, auf der Mundschleimhaut (muqueuses dermopapillaires) oder auf der Hautschleimhaut der Genitalien (muqueuses cutisés) lokalisiert ist. Bedeutungsvoll ist für ihre Morphologie auch das Stadium des Prozesses. (Balabanow).

Histologie: Touraine, Solente und Golé heben zwei charakteristische Syndrome hervor, durch welche die Erythroplasie gekennzeichnet sei: einmal durch eine Hyperplasie der Schleimhaut mit starker Akanthose und plasmo-lymphocytärer, besonders perivasculär gelegener Infiltration, Veränderungen, die der Leukoplakie sehr ähnlich sind, und zum anderen Male durch metaplastische Zellveränderungen im Sinne der Dyskeratose.

Freund stellt drei Gruppen der Erythroplasie heraus: zur ersten Gruppe gehört die klassische Form (Fournier, Darier); zur zweiten jene, die der von Civatte beschriebenen basocellulären Form des Morbus Bowen identisch ist; zur dritten, Fälle, die klinisch als Erythroplasie imponieren, die histologisch aber die klassische Form des Morbus Bowen darstellen. Doch weist er darauf hin: Es gibt einen ununterbrochenen Übergang in der histologischen Struktur der Erythroplasie und des Morbus Bowen.

Die uneinheitlichen klinischen und histologischen Befunde haben Anlaß dazu gegeben, die Erythroplasie als eine Abart des Morbus Bowen zu bezeichnen (Darier, Hudelo, Oury und Cailliau, Jorno, Freund, Balabanow, Quirogau. a.). Diese Ansicht wurde durch die Fälle von Jessner und Balabanow noch mehr vertieft, wo in denselben Fällen histologisch der Erythroplasie und dem Morbus Bowen ähnliche Bilder vorkamen.

Freund schließt sich der Ansicht an, doch erscheint es ihm aus histologischen Gründen berechtigt zu sein, die Erythroplasie von Morbus Bowen zu trennen und dafür, zusammen mit Civatte, die klassische Form zu reservieren.

Jadassohn, Schürch, Schönfeld und andere betonen, daß die Erythroplasie, obwohl mit dem Morbus Bowen und dem Morbus Paget sehr nahe verwandt, doch durch das klinische Erscheinungsbild und den histologischen Befund so gut gekennzeichnet ist, daß ihre Trennung berechtigt ist.

Montgomery betrachtet die Erythroplasie als eine Abart einer Leukoplakie.

Der Sitz der Affektion ist hauptsächlich an der Genitalschleimhaut (nach Touraine, Solente und Golé 88% der Fälle).

Was das Geschlecht anbetrifft, so überwiegen die Männer (nach Balabanow 82,5%). Altersmäßig fand Freund $^2/_3$ seiner Fälle über 60 und $^1/_3$ zwischen 40 und 60 Jahren, dagegen verzeichnete Balabanow drei zwischen 20 und 30, zehn zwischen 30 und 40, neun zwischen 40 und 50 und vierundzwanzig über 50 Jahre.

Die Dauer der Krankheit beträgt zwei Monate (Massot) bis zweiunddreißig Jahre (Touraine, Solente und Gesselbrecht).

Die Aetiologie ist unbekannt, obwohl die auffallende Häufigkeit von Syphilitikern unter den Patienten, hauptsächlich von den französischen Autoren hervorgehoben wird (Touraine, Solente und Gole, Lauste, Cailliau und Racine u. a.).

Die Ansicht über die Zugehörigkeit der Erythroplasie zu den Praecancerosen ist geteilt.

Nach Schürch besteht über die Einordnung der Erythroplasie zu den Praecancerosen kein Zweifel, und der Übergang in ein spinocelluläres Carcinom scheint die Regel zu sein. Ähnlicher Ansicht sind Jadassohn, Ducrey, Touraine und Gole, Freund, Stiles u. a.

Schönfeld und Knierer bezeichnen sie als idiopathische Praecancerose. Beck ist der Auffassung, man könne die Erythroplasie auf Grund der geringen Anzahl publizierter Fälle noch nicht als eine obligate Praecancerose bezeichnen.

Lapowski und Walzer sind davon überzeugt, daß die Krebsentwicklung auf dem Boden einer Erythroplasie entweder durch die Therapie oder vom Trauma verursacht wird.

In der amerikanischen Literatur ist die Erythroplasie unter der Bezeichnung „praecancerose Lesion" oder „maligne Dyskeratose" bekannt. (Mc Daniel und Lester).

Nach Levi stellt die Erythroplasie einen praepitheliomatösen Zustand nach der Art des Morbus Bowen dar.

Jorno, Carrera, Jirmounskaya, Seymour, Friedman wollen die Erythroplasie als ein Carcinom betrachtet wissen.

Darier weist darauf hin, daß die Erythroplasie langsam fortschreitet oder in einem bestimmten Entwicklungsstadium stehen bleibt oder in ein Carcinom übergeht.

Nach Merricks ist die Erythroplasie eine Praecancerose, da 20—40% der Fälle maligne entarten.

Es fehlen jedoch statistisch gesicherte Zahlen über die maligne Degeneration der Erythroplasie.

### III. Keratoma senile.

Im Jahre 1896 hat Dubreuilh als erster mit Nachdruck die Verschiedenheit von Keratoma senile und Verruca senilis betont, und das Keratoma senile als Praecancerose bezeichnet, da es bösartig entarten könne.

Freudenthal (im Jahre 1926 und 1929), Montgomery und Dörffel (im Jahre 1932), beschrieben eingehend diese Krankheit und bezeichneten sie als Praecancerose. Letztere weisen auf die Ähnlichkeit des Keratoma senile und des Morbus Bowen hin.

Eller und Ryan, Hookey, Ruiter, Albertini u. a. bezeichneten es als Praecancerose, dagegen wollen Savatard, Carol, Carol und Mitarbeiter es von Anfang an als Carinom betrachten.

Schon Freudenthal weist darauf hin, daß das Keratoma senile und das Epitheliom unmittelbar aneinander grenzen, doch bleiben sie scharf getrennt. Mit der Entwicklung des Epithelioms geht das Bild des Keratoma senile vollständig verloren. Darin liegt eine weitere Erklärung dafür, daß es so schwer gelingt, Übergänge zwischen den beiden Affektionen zu zeigen.

Nach Montgomery ist das Keratoma senile eine Praecancerose, da 20—25% der Fälle maligne entarten.

Portugal-Gline und Rocha bezeichnen das Keratoma senile als eine typische und wichtige Praecancerose. Sie weisen auf die Ähnlichkeit mit dem Morbus Bowen hin und darauf, daß der Morbus Bowen sich durch das Fehlen

der für Keratoma senile charakteristischen degenerativen Veränderungen im Corium unterscheidet.

Ruiter beschreibt einen Fall von Keratoma senile bei einer 24jährigen Frau und weist darauf hin, daß diese Erkrankung nicht ausschließlich als eine Folge der senilen oder praesenilen Degeneration der Haut betrachtet werden darf und auf ein naevogenes Entstehen schließen läßt.

Während man bisher zwischen Keratoma senile und Verruca senilis (seborrhoica) streng trennte, glauben Sachs, Mac Knee und Sachs auf Grund des langjährigen Studiums ihrer einschlägigen Fälle berechtigt zu sein, eine weitere Unterteilung vornehmen zu können: die senilen und seborrhoischen Keratosen und die senilen und seborrhoischen Verrucae. Alle vier Typen können, nach ihrer Auffassung, carcinomatös entarten, die senilen allerdings häufiger als die seborrhoischen.

## IV. Cheilitis glandularis simplex.

Seit den Veröffentlichungen von Volkmann, Unna-Baelz und Puente und Acevedo haben viele Autoren das Wesen, die Haltung und die Umwandlung der Cheilitis glandularis simplex in Carcinom beschrieben. Es wird hauptsächlich angenommen, daß es sich in verschiedenen Stadien um eine und dieselbe Krankheit handelt, (Puente und Acevedo, Touraine und Solente, Gay Prieto und Romero, Wendlberger, Weissenbach, Levy-Franckel und Martineau, Kumer und Lang).

Bejarano und Wendlberger erklärten die Ursachen folgendermaßen: „Es scheint mit Sicherheit eine keimplastisch vorbestimmte Anlage-Anomalie in Frage zu kommen, welche ihre Grundlage in dem Vorkommen heterotroper Speicheldrüsen besitzt und die mit zunehmendem Alter ihr eigentliches Gepräge erhält". Viele Autoren vertreten diese Ansicht, andere dagegen lehnen die organische Bedingtheit ab (Woodburne und Philipott, Wise und Sulzberger) und fassen die Cheilitis glandularis simplex als Ausdruck einer emotionellen Alteration auf. Franke-Seige nehmen eine Korrelation der Speicheldrüsen zum innersekretorischen System an.

Die Angaben in der Literatur über Alters- und Geschlechtsverteilung stimmen nicht ganz überein. Die Grenzwerte des Alters liegen offenbar zwischen 16 und 84 Jahren. Schriewer fand in der Literatur 91 Fälle von denen 58 auf Patienten männlichen und 33 auf solche weiblichen Geschlechts entfallen. Das Leiden wurde bei Männern im vierten, fünften und sechsten Lebens-Jahrzehnt vermehrt beobachtet, dagegen bei Frauen im fünften, sechsten und siebenten Jahrzehnt.

Die maligne Umwandlung erfolgt nach Wendlberger in 43%, Touraine und Rouzand in 23%; Covisa, Bejarano und Gay Prieto in 23%; nach Jordan und Tarabuchin in über 27% der Fälle.

In Anbetracht dessen, daß die Krankheit öfters in Erscheinung tritt (Touraine und Solente, Puente als angenommen wird und oft als Zufallsbefund zutage kommt, kann vermutet werden, daß die maligne Umwandlung zu hoch eingeschätzt wird. Auch Bejarano will sie nicht als eine Praecancerose, sondern für eine zufällige krebsgenetische Krankheit gehalten wissen.

## V. Cheilitis exfoliativa.

Im Jahre 1914 veröffentlichte Nikolsky die Beobachtungen eines hartnäckigen und schweren Falles von Erkrankung des Lippenrotes und bezeichnete diese als Ekzem des Lippenrotes. Hiermit verbunden war eine Stomatitis, welche er jedoch nicht als Ursache des Leidens ansprach.

Dieses Krankheitsbild ist von anderen unter den Bezeichnungen: „Psoriasis", „Pityriasis", „Desquamatio" oder „exfoliative Entzündung" beschrieben worden.

Mikulicz und Kümmel nannten dieses Krankheitsbild Cheilitis exfoliativa.

Klinisch ist die Cheilitis exfoliativa durch das Vorhandensein eines oberflächlichen Entzündungsprozesses, wie Röte, Schuppung, Nässen, Bildung von Börkchen und Rissen der Lippen, meist der Unterlippe, selten der Oberlippe oder Unter- und Oberlippe charakterisiert. Die Sekretion ist spärlich, aber die Lippe ist immer mit einer serösen Flüssigkeit bedeckt. Die Substanz der Lippe ist nur in geringem Maße geschwollen, jedoch erscheint sie im Ganzen vergrößert, da der Kranke sie stets auch außen hält und ihre Berührung mit den Zähnen zu vermeiden sucht. Das Leiden ist schmerzhaft. Die übrige Mundschleimhaut ist nicht mitbeteiligt.

Das histologische Bild zeigt: Teilweise Atrophie und Parakeratose, teilweise Hyperkeratose der Epidermis, intercelluläres Oedem der tiefen Schichten, Diapedese der Leukocyten, leichte Störungen im Stratum Malpighii, Oedem und diffuse Infiltration der Cutis, leichte Degeneration des Stroma, Veränderungen der elastischen Fasern (Lisi).

Mikulicz und Kümmel meinen, daß die Erkrankung nur an der Unterlippe beobachtet wird, doch spätere Veröffentlichungen beschrieben, daß auch die Ober- und Unterlippe befallen wurde (Fox Howard, Traub, Cortelezzi, Szépu. a.).

Männer scheinen mehr befallen zu sein als Frauen. Nach Jordan und Tarabuchin trifft die Cheilitis exfoliativa das höhere Lebensalter. Broll sah sie bei einem dreijährigen Kind. Walther: „Bei Kindern nicht so selten."

Im Gegensatz zu Mikulicz und Kümmel, die die Cheilitis exfoliativa als sehr seltene Krankheit bezeichneten, weisen die anderen Autoren darauf hin, daß sie gar nicht so selten vorkommt (Klingmüller, Jordan und Tarabuchin).

Die Aetiologie der Cheilitis exfoliativa ist unklar (Mikulicz und Kümmel, Lisi u. a.), obwohl verschiedene aetiologische Möglichkeiten und begünstigende Faktoren ins Feld geführt werden wie: schlechter Zustand der Mundhöhle (Jordan und Tarabuchin, Fernandez und Capurro); Zahnpaste (Cole und Driver); kosmetische Präparate (Feldman); Lactoflavin-Mangel (Wien); Riboflavin-Mangel (Deeker); Vitaminmangel, besonders A- und B-Vitamin (Szép; Hysterie oder gesteigerte Neurasthenie (Langhout, Doyon); ovarielle Störungen und Tuberkulose (Klingmüller); äußeren Reize (Ayres). Nach Zinsser scheint es, daß das, was als Cheilitis exfoliativa bezeichnet wurde, keine einheitliche Krankheitsform darstellt.

Jordan und Tarabuchin sahen in 14 Fällen viermal maligne Umwandlung und bezeichnen die Cheilitis exfoliativa daher als Praecancerose.

## VI. Cheilitis abrasiva praecancerosa (Manganotti).

Im Jahre 1934 berichtete Manganotti von acht Krankheitsfällen bei denen er Erosionen der Unterlippe beobachtete, die sich nicht ohne weiteres in das Schema der allgemein bekannten Veränderungen einreihen ließen und die er als Cheilitis abrasiva praecancerosa bezeichnete.

Klinisch handelt es sich um einige glatte, glänzende, linsen- bis bohnengroße, manchmal über das Niveau der Umgebung erhabene Erosionen, die hauptsächlich in den mittleren Partien der Unterlippe lokalisiert sind. Stärkere entzündliche Begleiterscheinungen fehlen. Dieser Zustand kann sich spontan zurückbilden oder maligne entarten. Eine Beteiligung der Lippendrüsen scheint nicht in Frage zu kommen, obwohl gerade hierüber in den einschlägigen Veröffentlichungen recht spärliche Angaben zu finden sind.

Hauptsächlich werden Männer zwischen 25 und 73 Jahren betroffen. Der Verlauf ist ausgesprochen chronisch und regelmäßig rezidivierend.

Die histologischen Untersuchungen zeigen, daß im allgemeinen eine Paraeleidosis ohne Hyperkeratose besteht. Die epidermischen Zapfen sind vermehrt und unregelmäßig verlängert. Die Basalzellen zeigen Verschiedenheiten in der Größe, nucleäre Hyperchromasie, zahlreiche, teilweise atypische Mitosen. Deutlich ist in allen Fällen das Phänomen der Absonderung einiger Basalzellen, die in besonderen Hohlräumen, da immer noch innerhalb der Epidermis, sich finden. In der Cutis fallen die Infiltration von Lymphozyten und Plasmazellen und zahlreiche Ektasien der Blutgefäße auf. Die vorläufige Störung des Gleichgewichts zwischen Epithel und Mesenchym führt zur Einstellung in rein neoplastischem Sinne.

Dieser Zustand kann sich spontan zurückbilden, aber auch — und darin liegt nach Ansicht Manganottis seine Bedeutung — in vielen Fällen zu einer malignen Entartung führen. Manganotti konnte von acht Fällen zwei spinozelluläre Carcinome beobachten. Auch andere Autoren sind der Ansicht, daß die Cheilitis abrasiva praecancerosa eine Praecancerose darstellt (Crosti, Chiale).

Wendlberger betrachtet die Cheilitis abrasiva praecancerosa als eine Komplikation der Cheilitis glandularis simplex, dagegen rechnen andere (Crosti, Dubowy, Chiale) sie zu der nicht glandulären, selbständigen Cheilitis.

## VII. Glossitis interstitialis luica.

Die Literaturangaben über die Glossitis interstitialis luica und deren Beziehung zur Krebsentwicklung sind unterschiedlich.

Billroth, Horand, Verrotti, Belot, Menetrier und Touraine, Ryall, Power, Eller, Jordan, Anderson, Quick Douglas, Judd, Tomanek, Jadassohn u. a. betonen die große Bedeutung des Lues bei Entstehung des Zungenkrebses.

Milian schreibt, daß er keinen Fall von Zungenkrebs gesehen habe, dessen Träger nicht irgend eine Beziehung zur Lues anamnestisch, klinisch oder serologisch hätte.

Nach Lambert scheint nur ein tertiärer syphilitischer Herd Ausgangspunkt für ein Carcinom zu sein.

Schmidt meint, daß die „Plaques muqueuses“ und Glossitis interstitialis luica für Krebs disponierend sind.

„Die syphilitische atrophische Glossitis und die dabei auftretende Leukoplakie entsteht auf folgende Weise (Mc Carthy): Die Zunge nimmt im Stadium II der Lues eine große Zahl von Spirochäten auf, wobei es zur Ausbildung einer Endarteriitis kommt. Bei Patienten, die nicht genügend oder gar nicht behandelt sind, resultiert später ein chronischer Prozeß mit sekundärer Atrophie der Papillen. Die Atrophie ist ohne Zweifel die Folge ungenügender Blutversorgung auf Grund der vorhandenen Endarteriitis. Dadurch ist die atrophische Zunge verschiedenen Reizen gegenüber, wie Rauchen, chronischen Traumen ganz allgemein empfindlicher, wodurch die Möglichkeit einer carcinomatösen Umwandlung gegeben ist. Da das veränderte Gewebe zur malignen Umwandlung neigt, ist also der Zusammenhang von Zungencarcinom bei Patienten mit Syphilis durchaus denkbar und erklärlich“.

Demgegenüber stellte Ahlbom nach der Weltstatistik von 1931—1936 fest, daß die Lues keine besondere Rolle beim Mundhöhlenkrebs spielen würde. Bei Männern hat die Lues vielleicht in 10% der Fälle irgend eine Beziehung zum Krebs.

## VIII. Leukoplakie.

Schwimmer hat unter dem Namen „Leukoplakie" eine bestimmte idiopathische Keratose der Mundschleimhaut beschrieben und von anderen ähnlich aussehenden Affektionen, namentlich von syphilitischen Papeln abgegrenzt. Heute bezeichnet man mit dem Namen Leukoplakie oder Leukokeratose im allgemeinen jede Epithelverdickung der Schleimhaut, die sich bei klinisch fast fehlender Entzündung allmählich entwickelt und zu flächenhafter Hyperkeratose führt, die kleinfleckig oder steinpflasterähnliche, mattweiße bis schließlich reinweiße, trocken und rauh sich anfühlende Plaques entstehen läßt.

Im Bezug auf die Entstehung, Form und Stadien sind die Ansichten geteilt.

Man unterscheidet eine genuine und luische Form (Lambert, Baer, Tomanek, Rille u. a.).

Für manche ist die Leukoplakie eine rein syphilitische, resp. parasyphilitische Erkrankung (Kopp, J. Bloch, Pandy, Shonguth u. a.) wogegen andere nur den engen Zusammenhang betonen (Darier, Touraine, Tomanek, Delbet, Montgomery, H. Herzen, Kren, Milian, Prinz u. a.). Hoffmann, Olschanetzky, Prinz betrachten die Syphilis als einen akzidentellen Faktor bei der Entstehung der Leukoplakie.

Eine große Rolle wird weiter dem Tabak (Mc Carthy, Ronchese und Providence, Prinz), dem heißen Rauch (Cade, Quick-Douglas, Parkhurst), chronischen Reizen (Lain), dem Betelkauen (Fells), der inneren Bereitschaft zur Hyperkeratose, kombiniert mit lokalen Reizzuständen (Eichenlaub, Cahn), dem Vitamin-A- und Nikotinsäuremangel (Kuncz, Denes) zugeschrieben.

Ullmann berichtet über Leukoplakia electrolytica und Leukoplakia hypercholesterinica.

Einteilungen in Stadien werden je nach klinischem Bild und Dauer angegeben. (Zinser, Schürch, Mc Carthi Leonardelli und Talamazzi).

Mazzini und Treite betrachten sie als einen klinischen Symptomenkomplex.

Ob und inwieweit die Leukoplakie eine echte Krankheit oder nur der Ausdruck eines chronischen Reizzustandes in Form einer bestimmten Gewebsreaktion ist, kann auf Grund ihres klinischen Erscheinungsbildes und des pathologischen Befundes nicht geklärt werden.

Aus der Gesamtzahl der Einzelbeobachtungen und der verschiedenen Auffassungen der Autoren wird die Neigung zur krebsigen Entartung bei der mit Fissuren, Ulzerationen und verrucösen Veränderungen einhergehenden Leukoplakie recht deutlich (Schürch, Zinsser, Montgomery, Mc Carthy, Leonardelli und Talamazzi).

Die carcinomatöse Entartung der Leukoplakie wird von Darier mit 15—20%, Montgomery 20%, Gendreau 30—40%, Haase 26%, Leonardelli und Talamazzi mit 20% der Fälle angegeben.

Nach dem Literaturüberblick der Praecancerosen der Mundschleimhaut tritt die anfangs beigebrachte Einteilung deutlich in Erscheinung. Nur weitere klinische, histologische und statistisch gesicherte Beobachtungen über die praecanceröse Natur dieser Leiden können ein endgültiges Urteil ergeben.

Anschließend füge ich hierhergehörige Beobachtungen aus dem Krankengut der Universitäts-Hautklinik und Poliklinik Würzburg im Zeitraum vom Jahre 1948 bis 1954 ein.

In dieser Zeit kamen rund 40 000 Patienten zur klinischen oder poliklinischen Untersuchung und Behandlung.

## 1. Morbus Bowen.

**Fall 1:**
Emma H., 59 Jahre alt, Hausfrau.
**1. Klinikaufenthalt 1950.**
**Eigenanamnese: o. B.**

**Spezielle Anamnese:** Vor einem Jahr bestand eine „Wucherung" an der rechten Oberlippenhälfte, anschließend Bestrahlung dieser „Wucherung" mit 8000 r unter Tiefentherapiebedingungen. Unter dieser Behandlung entwickelten sich weitere Wucherungen in der Umgebung des alten Herdes, deshalb Überweisung in die Universitäts-Hautklinik Würzburg. Probeexcision: Morbus Bowen. Nach 4 Wochen hatte sich der Prozeß weiter auf die Unterlippe ausgedehnt.
**Lokalbefund:** In der ganzen Ausdehnung der rechten Wangenschleimhautseite sieht man Schleimhautveränderungen, außerdem am harten Gaumen und an der unteren Zahnleiste. Die Schleimhautveränderungen sehen aus wie beetartig angeordnete spitze Condylome mit Furchen und Rinnen dazwischen. An der linken Wangenschleimhaut sieht man in der Intercallarlinie Epithelveränderungen von weißlicher Farbe und netzartiger Anordnung, in der Größe eines Fingernagels, die dem Lichen ruber planus sehr ähnlich sind. Die übrigen Schleimhaut- und Lippenveränderungen weisen in ihrer sehr scharfen Begrenzung in den frischesten Veränderungen lediglich eine weißliche Verfärbung auf. Bei Lupenbetrachtung fällt auf, daß sich die weißliche Farbe aus einer sehr feinen, rasterartigen Körnelung zusammensetzt. In den zentraleren und offenbar älteren Partien finden sich feinpapillomatös-warzenartige Wucherungen bis zu sehr starken Vegetationen mit Hyperkeratosen an der Unter- und Oberlippe. Submandibulär fühlt man beidseits einen bohnengroßen, nicht druckschmerzhaften Lymphknoten.
**Histologischer Befund:** Herd aus der Wangenschleimhaut und Herd aus der linken Oberlippe: Morbus Bowen der Mund- und Lippenschleimhaut.
**Allgemeinzustand:** 59 jährige Frau in gutem Kräftezustand.
**Blutbefund:** o. B. WaR und Nebenreaktionen negativ, Blutsenkungsgeschwindigkeit: 22/45 mm n. W.

**Therapie:** Unter Röntgenbehandlung schmolzen die papillomatösen Wucherungen weg und verschwanden.

**2. Klinikaufenthalt nach 2 Monaten.**
**Lokalbefund:** Der re. Mundwinkel zeigt eine warzenartige Schleimhautbildung und hat Ähnlichkeit mit einer dort sitzenden luischen Papel. Von dem re. Mundwinkel nach caudal und cranial zu sieht man je einen bohnengroßen papillomatösen Tumor. Tumorartige Umbildungen der zunächst im Schleimhautniveau liegenden Veränderungen sieht man auch an der Wangenschleimhaut re. Diese sind von besonders starker Ausprägung in Zahnleistenhöhe. An der Umschlagfalte in der Gegend der oberen Schneidezähne sieht man ebenfalls papillomatöse Veränderungen.
**Histol:** Morbus Bowen mit karzinomatöser Entartung an der re. Wangenschleimhaut.
**Therapie:** Trotz Röntgenbestrahlung mit 8000 r auf den re. Mundwinkel und enoral, trotz 980 mg El. Std. Radium innerhalb 5 Wochen keine Rückbildung der Veränderungen. Im Gegenteil wuchs der Tumor unter der Behandlung noch weiter. Weiterhin entstanden lymphogene Metastasen unter dem Kinn. Die Kranke kam ad exitum.

**Fall 2:**
Josef K., 44 Jahre alt, Lehrer.
**Klinikaufenthalt 1950.**
**Eigenanamnese: o. B.**
**Spezielle Anamnese:** Vor etwa einem Jahr wurde der Patient durch Schmerzen hinter dem rechten Mundwinkel auf ein weißes Fleckchen aufmerksam, das er monatelang unbeachtet ließ.

**Lokalbefund:** Befallen ist die rechte Retroangulärgegend. Man findet dort einen gut pfenniggroßen Herd, der ziemlich scharf begrenzt ist und ein fahlweißes Kolorit hat und zahlreiche Teleangiektasien aufweist. Im oberen Anteil des Herdes findet man zwischen zwei stärker ausgeprägten Teleangiektasien eine seichte, hanfkorngroße Eindellung, die bei Palpation etwas härter als der übrige Herd erscheint.

**Histol:** Herd aus dem rechten Mundwinkel (retroangulär).

**Epidermis:** Erhebliche Akanthose. Epithelien stellenweise zu blockartigen Gebilden formiert. Kernteilungsfiguren vermehrt. Keine Epithelunruhe; kein désordre malpighien, Parakeratose; Hornschicht dabei stellenweise gleichzeitig hyperplastisch. Granulocyten durchwandern die Oberhaut.

**Derma:** Papillomatose, (die Papillen bilden schmale, weit nach oben reichende Septen). Hyperaemie. Starke, chron.-entzündliche zellige Infiltrationen.

**Diagnose:** Morbus Bowen (basozelluläre Form).

**Allgemeinzustand:** 44jähriger Mann in gutem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Seborrhoisches Ekzem des Gesichtes, Pneumococcen-Conjunctivitis.

**Mundhöhle:** Gebiß saniert, Zunge feucht, nicht belegt. Tonsillen auf beiden Seiten stark vergrößert. Uvula zeigt eine Deformierung. Unter dem Unterkieferast sind beidseits derbe, auf Druck schmerzhafte Drüsen tastbar. Sonst o. B.

**Blutbefund:** o. B. WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgennahbestrahlung: Gesamtdosis 8000 r. Die Veränderungen sprachen darauf gut an.

**II. Klinikaufenthalt 1951.**

Vor ca. 8 Wochen bemerkte der Patient am Rand des bestrahlten Herdes an der rechten Wangenschleimhautseite eine geringschmerzende Stelle.

**Allgemeinbefund:** Unverändert.

**Lokalbefund:** Befallen ist die rechte Retroangulärgegend. Man findet dort einen gut pfenniggroßen Herd, der ziemlich scharf begrenzt ist und ein fahl-weißliches Kolorit hat und zahlreiche Teleangiektasien aufweist. Im oberen Teil des Herdes findet man zwischen zwei stärker ausgeprägten Teleangiektasien eine seichte, hanfkorngroße Eindellung, die bei Palpation etwas härter als der übrige Herd erscheint.

**Histol:** Herd aus der rechten Interkalarlinie.

Akanthose ohne Kernatypien. Subepidermal weite hyperaemische Blutgefäße. Oedeme, Lückenbildung zwischen Ober- und Lederhaut.

**Diagnose:** Zustand nach Morbus Bowen.

Den weiteren Verlauf der Krankheit konnte man wegen Wohnortwechsel nicht mehr verfolgen.

**Fall 3:**

Richard W., 67 Jahre alt, Landwirt.

**Klinikaufenthalt 1951.**

**Eigenanamnese: o. B.**

**Spezielle Anamnese:** Beginn vor 7 Jahren mit einer Rhagade am re. Mundwinkel. Vor 2 Jahren habe sich der Riß vergrößert, vor 1 Jahr habe sich auf diesem Riß eine warzenartige Veränderung gebildet.

**Lokalbefund:** Rechts neben der Medianlinie der Unterlippe, sowie im re. Mundwinkel findet man je einen gut linsengroßen, mäßig derb infiltrierten Herd. Die Veränderungen im re. Mundwinkel, die sich über das Niveau der Umgebung erheben, zeigen eine zentrale Ulceration mit scharf geschnittenen Rändern. Der Geschwürsgrund ist flach und von Krusten bedeckt. In der Umgebung des Kehlkopfes findet man mehrere erbsen- bis haselnußgroße, nicht derbe Lymphknotenvergrößerungen.

**Histol.:** Herd aus der Unterlippe (Gegend des rechten Mundwinkels): Morbus Bowen (typ classique-Civatte).

Wahrscheinlich bereits beginnendes Bowen-Carcinom, (verbindliche Beurteilung wegen des geringen Umfanges des beigebrachten Materials nicht möglich).

**Allgemeinbefund:** 67jähriger Patient in gutem Kräftezustand.

**Mundhöhle:** völlig zahnlos, Zunge gering belegt, Tonsillen und Rachenring reizlos, in der Intercalarlinie links und rechts einige ektopische Talgdrüsen Sonst o. B.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit: 20/48 mm n. W., WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgennahbestrahlung mit 10 000 r. Die Veränderungen sprachen darauf gut an.

Nachschau am 3. 6. 1955: Allgemeinbefund: 71jähriger Patient in gutem Kräftezustand.

**Lokalbefund:** Atrophische Lippenschleimhaut. Keine Lymphknotenschwellung. Kein Rezidiv.

**Diagnose:** Zustand nach Morbus Bowen.

**Fall 4:**

Berta J., 82 Jahre alt, Hausfrau.

Klinikaufenthalt 1951.

**Eigenanamnese:** o. B.

**Spezielle Anamnese:** Beginn vor 7 Jahren mit einer Veränderung an der linken Zungenseite, die mit Einpinselungen behandelt wurde.

**Allgemeinbefund:** 82jährige Frau in ihrem Alter entsprechenden Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

**Mundhöhle:** keine eigenen Zähne, Oberkieferprothese. Zunge siehe Lokalbefund, rechte Tonsille hypertrophisch, Rachenring frei, sonst o. B.

**Lokalbefund:** Befallen ist die Zunge. An der linken Seite der Zunge sieht man einen Herd von der Ausdehnung 2×3 cm, der gegenüber der gesunden Haut mehr oder weniger scharf abgegrenzt ist. Die Oberfläche des Herdes ist mit einem festhaftenden, grauweißlichen Belag bedeckt, der noch teilweise die Papillen der Zunge durchscheinen läßt; teilweise ist die Oberfläche auch an dieser Stelle leicht exulceriert. An der linken Seite, nahe der Zungenspitze sieht man noch eine zarte, leicht eingezogene Narbe von knapp 1 mm Länge.

**Histol.:** (linker Zungenrand). Starke Akanthose, die bezüglich der Konfiguration der Epithelzapfen an die Bowensche Krankheit (bzw. Erythroplasie) erinnert. Sichere Zeichen für das Vorliegen eines Krebses bzw. einer Praecancerose können jedoch nicht festgestellt werden. Auffällig ist die starke Hyperaemie (verbunden mit Gefäßdilatation); keine lichenoide Konfiguration des Papillarkörpers. Daneben besteht eine mäßig starke lympho-histocytär-plasmacelluläre Infiltration.

**II. Klinikaufenthalt 1952.**

**Allgemeinbefund:** Unverändert.

**Lokalbefund:** Man sieht auf der linken Hälfte der Zunge zahlreiche netzförmige, silberfarbige, nicht abstreifbare Beläge. Am linken vorderen Zungenrand frische Narbe, (Zustand nach PE). Dahinter sieht man einen etwa pflaumengroßen, weichen, scharfbegrenzten Tumor mit mäßig aufgeworfenen Rändern und zentraler Ulceration mit teils höckrigen Auflagerungen und teils graubraunen Belägen. Diese ganze Partie ist stark geschwollen und stark druckschmerzhaft. Submandibulär finden sich pflaumengroße, stark druckschmerzhafte, mäßig weiche Lymphknoten.

**Histol.:** (Tumor und serpiginöse Veränderung der Zunge). Hyperkeratotischer, kernhaltiger, Hornperlen bildender Krebs. Die benachbarte Epidermis ist akanthotisch und birgt (in den basalen Bezirken) mäßig reichliche Mitosen. Erhebliche

plasmacelluläre Infiltration des Dermas unterhalb dieser akanthotischen Oberhaut.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 51/81 mm n. W. WaR und Nebenreaktionen negativ, sonst o. B.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgenbestrahlung mit 12 000 r.

**III. Klinikaufenthalt 1953.**

**Spezielle Anamnese:** Seit 3 Wochen ungefähr sollen sich an der Zunge „Erhöhungen" gebildet haben, die starke Schmerzen verursachten. Die Drüsen am Halse schmerzen ebenfalls.

**Allgemeinbefund:** Unverändert.

**Lokalbefund:** Am linken Zungenrand, etwa 4 cm von der Zungenspitze entfernt, sieht man eine halbmondförmige, 8 mm lange und 4 mm breite Ulceration und eine knopfartige Wucherung mit Epithelverdickung. Die Ulceration zeigt einen gelblichen Belag. Der andere Teil der distalen Zungenpartie ist von einer weißbläulichen Epitheltrübung mit sehr scharfer Begrenzung, zentraler Atrophie und betontem Rand eingenommen. Innerhalb dieses leukoplakieartig aussehenden Bereiches zeigen sich nicht ganz linsengroße, unregelmäßig gestaltete Erosionen.

**Histol.:** 1. PE. linker Zungenrand, 2. PE. rechter Zungenrand.

1. Oberhalb maximal erweiterter und hyperaemischer Gefäße finden sich sog. atypische Epithelwucherungen. Kein eindeutiger Krebs.
2. **Bowensche** Krankheit. Die feingeweblichen Strukturen entsprechen ganz denen zweier von W. H o w a r t h (Fall 2) beigebrachter Mikrophotogramme.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit: 70/100 mm n. W. sonst o. B. Wenige Wochen nach der Entlassung kam die Kranke wegen einer akuten Herzinsuffizienz im Heimatort ad exitum.

**Fall 5:**

**Poliklinikbesuch 1952.**

Josef F., 54jähriger Gummiarbeiter.

**Spezielle Anamnese:** Patient bemerkte seit 1 Monat am Gaumen einen weißlichen Belag und Trockenheit im Rachen.

**Lokalbefund:** Am weichen Gaumen oberhalb des Zäpfchens findet sich ein leicht erhabener, etwa pfennigstück-großer, roter, rundlicher Herd, dessen Oberfläche von stecknadelkopfgroßen Knötchen gebildet wird, die innerhalb eines weißlichen Netzwerkes liegen.

**Histol.:** Material: P. E. links seitlich und oberhalb der Uvula. Mächtige, teils finger-, teils blockförmige Akanthose mit Mitosen, aber ohne Zell- bzw. Kernatypien. Mäßige (vor allem) plasmacelluläre Infiltration des Derma, vor allem der Papillen.

**Diagnose:** Bowensche Krankheit (Form „hyperplasie pure").

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

Nachschau am 3. 6. 1955: Keine Änderung des Krankheitsbefundes.

**Fall 6:**

Albert M., 29jähriger Lehrer

**Anamnese:** Patient wird vom städtischen Gesundheitsamt eingewiesen zur Begutachtung einer Veränderung an der Unterlippe, die seit Geburt besteht.

**Befund:** Hyperkeratotischer Herd an der Unterlippe (Saumgebiet) links, der klinisch einem verrucoesen hyperkeratotischen Naevus gleicht. Keine regionale Lymphknotenschwellung.

**Histol.:** Bowensche Krankheit (Der klassischen Form angenäherter Typ „hyperplasie pure".)

**Blutbefund:** WaR. und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Totalexcision.

Nachschau am 3. 6. 1955: Zustand nach Morbus Bowen. Kein Rezidiv.

**Fall 7:**

Alois S., 56jähriger Mann, Buchhalter.

**Poliklinikbesuch:** 1953.

**Spezielle Anamnese:** Vor zwei Jahren an der Unterlippenschleimhaut eine Warze entfernt. Jetzt vor etwa 6 Monaten an gleicher Stelle Rezidiv. Raucher.

**Lokalbefund:** An der Unterlippenschleimhaut rechts etwa halberbsengroße verruköse Gebilde. Keine Infiltration tastbar.

**Histol.:** Material: P. E. Unterlippenschleimhaut re.

**Diagnose:** Morbus Bowen, Typ basocellulaire.

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgennahbestrahlung. Gesamtdosis 8000 r.

Nachschau am 3. 6. 1955. Zustand nach bestrahltem Morbus Bowen der Unterlippe rechts. Kein Rezidiv.

**Fall 8:**

Ernst K., 65 Jahre alt, Gummifacharbeiter.

**Klinikaufenthalt:** 1953.

**Eigenanamnese:** o. B.

**Spezielle Anamnese:** Die Veränderungen an der linken Wangenschleimhaut bestehen seit 26 Jahren und haben sich seither langsam vergrößert. Eine Behandlung hat nicht stattgefunden. Patient war früher starker Raucher.

**Allgemeinbefund:** 65jähriger Mann in gutem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind gut durchblutet.

**Mundhöhle:** Totalprothesen. Lingua plicata. Sonst o. B.

**Lokalbefund:** Übergreifend auf das laterale Lippensaumgebiet, ist die Mundschleimhaut beiderseits retroangulär befallen, ferner der harte Gaumen am Übergang zum weichen Gaumen (li. paramedian). Man findet hier einen 3 cm × 1,5 cm großen papillären Tumor, dessen papilläre Spitzen ein verdicktes, weißliches Epithel aufweisen. Der Tumor befindet sich innerhalb einer veränderten Schleimhaut. Diese weist eine weißlich-bläulich glänzende, z. T. feinpapilläre Oberfläche auf, neben vereinzelten Teleangiektasien. Keine regionären Lymphknotenschwellungen.

**Histol.:** Bowensche Krankheit (Form „hyperplasie pure").

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ, sonst o. B.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgennahbestrahlung mit jeweils 500r pro Feld und einer Gesamtdosis von 8500 r (Herd retroangulär li.) und je 7500 r an den beiden anderen Herden.

**Zweiter Klinikaufenthalt** nach 6 Monaten.

**Spezielle Anamnese:** Bei der Nachbeobachtung, die ambulant in der Poliklinik durchgeführt wurde, konnte eine vollständige Rückbildung der verschiedenen Herde nicht festgestellt werden. Seit 5—6 Wochen soll auch die Veränderung im Bereich des Gaumens erneut zugenommen haben und ulceriert sein.

**Lokalbefund:** Befallen sind die Mundschleimhaut und das Lippensaumgebiet, vorwiegend im Bereich des linken und weniger des rechten Mundwinkels. Retroangulär links weist das Mundschleimhautepithel eine weißliche Trübung auf, in deren Mitte man eine unregelmäßig begrenzte, annähernd pfenniggroße und schmierig bedeckte, flache Ulceration sieht. Der Rand derselben ist stellenweise papillär. Die beschriebene Veränderung einschließlich der Ulceration greift auf die Schleimhaut der Unter- und Oberlippe im linken Mundwinkelgebiet über. Retroangulär rechts sieht man z. Zt eine etwa erbsengroße, etwas eingezogene frische Narbe, die offenbar von der vorgenommenen Probeexcision herrührt. Am Übergang vom harten zum weichen Gaumen, paramedian links, findet sich eine kleinknotige, flache, tumorartige Veränderung, die zentral eine flache, etwa stecknadelkopfgroße Ulcerierung aufweist. Keine regionären Lymphknotenschwellungen.

**Histol.:** Material: PE (linker Mundwinkel).

Das unregelmäßig gewucherte Mundschleimhautepithel zeigt großenteils den Typ „hyperplasie pure" eines Morbus Bowen mit unregelmäßiger Epithelverbreiterung und Zurücktreten der cytologischen Kennzeichen. Im Zentrum ein epithelfreier Bezirk. Seitlich davon mehrfach unregelmäßig-plumpzapfige Epithelwucherungen gegen die Unterlage zu. noch nirgend abgelöst, aber mit vermehrten Atypien, Kernhyperchromasien, einzelnen Mitosen, erhaltenen Interzellularbrücken. In ihrer Umgebung verstärkte entzündliche Infiltrationen mit zahlreichen Plasmazellen. Mäßige entzündliche Infiltrate perivasal auch in der Tiefe ohne erkennbare Tumorzellen.

**Diagnose:** Morbus Bowen („hyperplasie pure"), noch ohne sicheren Übergang in Bowen-Carcinom.

**Histol.:** Material: PE Mundschleimhaut rechts.

Die Excision ist fast in ganzer Ausdehnung von einem einwandfreien Carcinom eingenommen, das in plumpen Zapfen und Nestern wächst und von einer sehr lebhaften entzündlichen Reaktion begleitet wird. Der Tumor weist zahlreiche Atypien und Mitosen auf, verklumpte, mittelgroße Kernformen sind mehrfach feststellbar. An den Rändern nehmen die Atypien zu. Teilweise sind die Kerne annähernd palisadenartig aufgereiht, an anderen Stellen ist eine sichtbare Abgrenzung nicht mehr vorhanden und die Zellen sind in der heftigen Entzündung verstreut. Der Schleimhautcharakter aus dem Mundbereich wird aus den meist noch erkennbaren Interzellularbrücken sichtbar, die durch kräftiges interzelluläres Ödem auseinandergedrängt sind.

**Diagnose:** Bowen-Carcinom.

**Histol.:** Material: PE Mundschleimhaut rechts.

Das Schleimhautepithel ist in breiten, ziemlich tief reichenden Zapfen plump gewuchert und drängt die Papillen zwischen sich zusammen. In diesen und in den übrigen bindegewebigen Unterlagen Gefäßerweiterung und deutliche entzündliche Reaktion. Die Epithelabgrenzung erscheint noch relativ scharf, doch bestehen vermehrte Mitosen und einzelne Atypien. Ausgesprochen Clumpingcells sind kaum vorhanden. Die Epithelunruhe der basalen Abschnitte ist ziemlich deutlich. Die oberflächlichsten Lagen sind in flacher Schicht parakeratotisch. Übergang in ein eigentliches Carcinom ist in der vorliegenden PE. nicht vorhanden.

**Diagnose:** Form „hyperplasie pure" eines Morbus Bowen.

**Dritter Klinikaufenthalt** nach 4 Monaten.

**Spezielle Anamnese:** Bei der nach 4 Wochen durchgeführten poliklinischen Nachschau zeigten sich der Gaumen- und der Mundwinkelherd durch die Elektrokoagulation nicht vollständig zerstört, sodaß erneute stationäre Aufnahme zur Behandlung notwendig wurde.

**Allgemeinbefund:** Unverändert.

**Lokalbefund:** Befallen sind die Bezirke wie bisher. Retroangulär links ist der größte Teil des früheren Herdes unter glatter Narbe abgeheilt. Man sieht aber unmittelbar im linken Mundwinkel Trübungen des Epithels und vereinzelt auch Teleangiektasien. Diese Veränderungen greifen streifenförmig auf die Unterlippe, geringgradig auch auf die Oberlippe über. Innerhalb der beschriebenen Veränderungen findet sich im Mundwinkel eine etwa stecknadelkopfgroße flache Ulceration, die in den Randbezirken papillär ist. Im rechten Mundwinkel sieht man in geringerer Ausdehnung die gleichen Veränderungen wie links, nur fehlt eine Ulceration. Der pfenniggroße Gaumenherd ist mit Narbenbildung abgeheilt. Keine Epitheltrübung. Keine regionären Lymphknotenschwellungen.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 5/11 mm n. W., sonst o. B.

**Therapie:** Elektrokoagulierung des Herdes links retroangulär und am Gaumen.

**Fall 9:**

Maria W., 66 Jahre alt, Hausfrau
**Klinikaufenthalt:** 1954.
**Eigenanamnese:** o. B.
**Spezielle Anamnese:** Etwa vor 7 Jahren merkte die Frau beim Essen Brennen im Mund rechts. Es handelte sich um eine Rötung zu beiden Seiten der Molaren an der Mundschleimhaut. Bisweilen traten auch Blutungen im Mund auf. Es wurden Röntgenbestrahlungen angewendet, dann erfolgten Quarzlampenbestrahlungen. Die Beschwerden wurden größer. In den letzten Jahren bemerkte die Frau, daß an der Wangenschleimhaut und vor allem, ganz besonders auf der Zunge, viele kleine erhabene Neubildungen auftraten. Patientin nahm selbst die Entfernung der Neubildungen durch Ätzen vor. 1952 ausgeführte PE. ergab den Befund: Kein Malignitätsverdacht, Leukoplakie der Zungenschleimhaut. Verschlimmerung der Beschwerden in den letzten Monaten.

**Allgemeinbefund:** 66jährige Patientin in ausreichendem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind ausreichend durchblutet.

**Mundhöhle:** Prothesenträgerin, sonst siehe Lokalbefund.

**Lokalbefund:** Befallen sind die Wangenschleimhaut, besonders die Randpartien des harten Gaumens, sowie der Zunge. Während auf der linken Seite lediglich etwa in Höhe der Zahnleiste und deren hinteren Bereich, in einer Ausdehnung von knapp Pfennigstückgröße, sich besenreiserartige, weißliche Streifen im Bereich eines mäßig entzündlichen Erythems neben einzelnen Teleangiektasien finden lassen, sind auf der rechten Seite ausgedehnte Veränderungen im Bereich der Wangenschleimhaut zu erkennen, die sich einmal, vom hinteren Ende der oberen Zahnleiste ausgehend, zur korrespondierenden Stelle der unteren Zahnleiste erstrecken, zum andern, von der Schleimhaut der Oberlippe ausgehend, die Gegend des rechten Mundwinkels einnehmen. Auch der Schleimhautbereich der Unterlippe ist in gleicher Weise befallen. In den oben beschriebenen drei Lokalisationen finden sich jeweils etwa pfennigstückgroße, über die umgebende Schleimhautoberfläche erhabene, flächenhafte, breitaufsitzende, lediglich in ihren Randpartien abhebbare, papillomatöse Gebilde. In der Gegend des rechten Mundwinkels weißlich belegte, linsengroße, scharf begrenzte Erosion. Im Bereich des Saumgebietes der Unterlippe, dem linken Mundwinkel benachbart, ist eine scharf begrenzte, flächenhafte, blaßbläuliche Verfärbung zu erkennen. Im Bereich des harten Gaumens, namentlich am Übergang zur Zahnleiste, finden sich an den verschiedensten Stellen besenreiserartige, weiße Streifen, die teilweise flächenhaften Charakter annehmen. Auf dem Boden einer nicht sehr ausgeprägten Lingua plicata finden sich ausgedehnte, stecknadelkopfgroße, teilweise zu größeren Flächen konfluierende weiße Stippchen. Eine Atrophie der Papillen ist in den seitlichen Partien der Zunge angedeutet. Starke Salivation. Keine regionalen Lymphknotenvergrößerungen.

**Histol.:** Material: PE retroangulär links (Mundschleimhaut).

Breite akanthotische Wucherung des Schleimhautepithels mit gesteigerten Mitosen, Kernhyperchromasien und Vergrößerungen (ohne ausgesprochene Klumpkerne), Spongiose und entzündlicher Durchsetzung sowie mit einzelnen plumperen und tiefer reichenden Nestern, die wirbelige, dyskeratotische Zentren aufweisen. Noch nirgends eigentliche Ablösung des Epithels von der Oberfläche erkennbar. Vermehrte Parakeratose der Oberfläche. Ausgeprägte, plasmazellreiche, entzündliche Stromreaktion in der Umgebung der proliferierenden Epithelien. Angrenzende mimische Muskulatur ödematös, jedoch noch relativ frei von entzündlicher Durchsetzung.

**Diagnose:** Ausgeprägter Morbus Bowen, stellenweise Malignitätssteigerung im Sinne beginnender carcinomatöser Umwandlung nicht sicher ausschließbar.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 50/88 mm n. W.
WaR und Nebenreaktionen negativ, sonst o. B.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgenbestrahlung mit Gesamtdosis 10 000r.

**Fall 10:**

Rudolf R., 80 Jahre alt, Landwirt.
**Klinikaufenthalt:** 1954.
**Eigenanamnese:** o. B.
**Spezielle Anamnese:** Vor ca. 2 Jahren bemerkte Patient Veränderung an der Unterlippe.
**Allgemeinbefund:** 80jähriger Patient in seinem Alter entsprechendem Kräftezustand.

**Mundhöhle:** Zahnlos, Lingua plicata, Rachen reizlos.
**Lokalbefund:** Im Bereich der Unterlippe ist das Saumgebiet befallen, vor allem in den medialen Anteilen. Man sieht an den befallenen Partien Verdickungen und Trübungen des Epithels, zum Teil von pflastersteinähnlicher Konfiguration, z. T. auch von mehr fleckenhafter Anordnung. Diese Veränderungen greifen auch auf die Unterlippen-Schleimhautseite über. An der Unterlippe selbst sieht man in unmittelbarem Anschluß an das Saumgebiet und vor allem rechts schuppend-krustöse Veränderungen auf blaß-erythematösem Grund. Regionäre Lymphknotenschwellung von der Größe bis zu einer Bohne.

**Histol.:** Material: PE Unterlippensaumgebiet.

Epidermis insgesamt verbreitert und unregelmäßig figuriert durch gewucherte, teilweise fast parallel zur Oberfläche verlaufende Leisten des Rete Malpighii. Hier deutliche Zell- und Kern-Unruhe, Zell- und Kernödem und einzelne dyskeratotische Zellen sowie Klumpkerne in tiefen Epidermislagern. Epidermisbasis mit ungleichmäßigen, dichtgedrängten Zellkernen und vereinzelten Mitosen. An der Oberfläche eine teilweise etwas parakeratotische Hyperkeratose. Im Korium eine weniger wallartige als diffus-circumvasculäre, ziemlich plasmazellenreiche Entzündung.
**Diagnose:** Sichere Praecancerose, mit Morbus Bowen vereinbar.
**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 12/26 mm N. W., WaR und Nebenreaktionen negativ. Sonst o. B.
**Therapie:** Fraktionierte Röntgen-Nahbestrahlung mit 13 000 r.

**Fall 11:**

Josef T., 63 Jahre alt, Heizer und Maschinist.
**Klinikaufenthalt:** 1954.
**Eigenanamnese:** o. B.
**Spezielle Anamnese:** Seit 11 Jahren bestehen Veränderungen an der Unterlippe, wie Schuppung, gelegentlich Rhagadenbildung und Verkrustung.
**Allgemeinbefund:** 63jähriger Mann in mäßigem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind mäßig durchblutet.
**Mundhöhle:** Prothesenträger. Ektopische Talgdrüsen an der rechten Wangenschleimhaut. Lingua plicata.

**Lokalbefund:** Befallen ist die Unterlippe. Diese zeigt ausgedehnte Atrophie. In der Mitte der Unterlippe sieht man einen 2 cm langen und etwa 1/2 cm breiten Bezirk, der infiltriert und schuppenkrustös verändert ist. Paramedian links weist dieser Herd eine kleine, flache, leicht papilläre Ulceration auf. Keine regionären Lymphknotenschwellungen.
**Histol.:** Material: PE Unterlippe paramedian links.

Wechselnd ausgeprägte foliierende Epithelatrophie, die basal ihren Zellcharakter wechselt und in knospen- und fingerförmige Wucherungen übergeht, die vielfach nur mit schmalem Stiel mit der Epidermis verbunden sind und in das obere Korium in ganzer Ausdehnung der Excision vordringen. Ausgesprochene „bowenoide" Konfiguration, intrazelluläres Ödem, wechselnde Atypien, jedoch keine ausgesprochenen Riesenklumpkerne, fast keine Mitosen, unregelmäßige Hyperchromasie der Kerne, Verschiebung der Kern-Plasma-Relation zu Gunsten der

Kerne, wirbelige Anordnung. Vor allem besteht eine breite und dichte entzündliche Stromareaktion mit zahlreichen Plasmazellen. Die seitlichen Excisionsränder werden von der Herden überall erreicht, die Basis ist frei.

**Diagnose:** Fortgeschrittener Morbus Bowen, wohl bereits am Übergang zum Carcinom.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 8/18 mm n. W., WaR und Nebenreaktion negativ, sonst o. B.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgennahbestrahlung mit einer Gesamtdosis von 8 500 r.

**Fall 12:**

Erwin W., 68 Jahre alt, Textilkaufmann.

**Klinikaufenthalt** 1954.

**Eigenanamnese:** o. B.

**Spezielle Anamnese:** Vor eineinhalb Jahren bemerkte Patient erstmalig an der linken Wangenschleimhautseite eine entzündliche Veränderung. Von dem Facharzt wurde eine Soormycose der Wangenschleimhaut angenommen. Da keine Besserung eintrat, wurde der Patient vom Facharzt zur Universitäts-Hautklinik überwiesen.

**Allgemeinbefund:** 66jähriger Mann in gutem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

**Mundhöhle:** Ober- und Unterkieferprothese. Lingua plicata.

**Lokalbefund:** Befallen ist die linke Wangenschleimhaut vom linken Mundwinkel an bis zum letzten Drittel der Wangenschleimhaut vor den Tonsillenbögen. Der vorliegende Prozeß nimmt die Wangenschleimhaut fast vollständig ein und greift auch etwas von der Retroangulargegend auf das Lippensaumgebiet über. Die Oberlippenschleimhaut ist gleichfalls mit befallen. Des weiteren finden sich Veränderungen am harten und am Übergang zum weichen Gaumen, vor allem auf der linken Seite. Diese letzteren bestehen aus fleckenförmigen, streifigen Epitheltrübungen in einer geröteten und etwas ödematösen Umgebung. Am harten Gaumen nehmen die Epitheltrübungen einen mehr flächenhaften Charakter an. An der Oberlippenschleimhaut sieht man eine flächenhafte, scharf gegen das Lippensaumgebiet abgesetzte, milchigweißliche Trübung des Epithels, die sich kontinuierlich in breiter Ausdehnung auf die Retroangulargegend und Wangenschleimhaut links fortsetzt. Die Veränderungen sind aber dort wesentlich intensiver und teilweise über das gesunde Schleimhautniveau flach erhaben. Die Begrenzung an der Wangenschleimhaut ist ausgesprochen scharf und bogig. Die seitlichen Partien an der Zungenoberfläche zeigen streifig angeordnete Atrophie. Die Schleimhaut ist dort sehr blaß, mit flächenhafter Rötung.

Keine Lymphknotenschwellungen. Candila albicans konnte kulturell auf den Morbus Bowenherden nachgewiesen werden.

**Histol.:** Material: PE Mundhöhle retroangulär links.

In allen Excisionen eine deutliche Wucherung des Schleimhautepithels, teils in „Geigenkasten- oder Pilgerflaschenformen", teils in gleichmäßigerer, jedoch tiefreichender, zinnenförmiger Hyperakanthose. Die letzteren Partien weisen teilweise eine Hyperorthokeratose der Oberfläche, jedoch keine Dyskeratosen in tieferen Schichten auf. Keine stärkeren Atypien, keine auffällig vermehrten Mitosen, scharfe Abgrenzung basal, mittelstarke Entzündungszone unterhalb des Epithels, wobei auch einzelne Lymphfollikel mit Reaktionszentren vorkommen. Papillarkörper stark ausgezogen und zwischen gewucherten Epithelleisten komprimiert. Kein Anhalt für Übergang in Bowen-Carcinom. Wahrscheinlich ist nur ein Teil des Materials eine Bowensche Praecancerose, der übrige Teil jedoch eine Leukoplakie oder Leukokeratose.

**Diagnose:** Morbus Bowen („hyperplasie pure") mit Leukoplakie.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 32/60 mm n. W., WaR und Nebenreaktionen negativ. Sonst o. B.

**Therapie:** Elektrokoagulierung des Herdes, retroangulär links.

**Fall 13:**

Emil F., 70 Jahre alt, Rentner.

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Spezielle Anamnese:** Seit 8 Jahren bemerkt der Patient an der Unterlippe im Lippenrot eine Veränderung, die manchmal mit einer Kruste bedeckt ist und öfters einreißt. Meist keine Beschwerden.

**Lokalbefund:** Im Saumgebiet der linken Unterlippenseite findet man einen fingernagelgroßen, scharfbegrenzten, erodierten, runden Herd, der palpatorisch keine Infiltration erkennen ließ. Keine Lymphknotenschwellung.

**Histol.:** Material: PE. Unterlippe paramedian links.

Flächenhaft ulzerierte, von einem nicht sehr tief reichenden, aber sehr dichtzelligen Granulationsgewebe eingenommene Lippenschleimhautpartie. An der Oberfläche einige haemorrhagische Schuppenkrusten. In seitlichen Partien besteht ein ziemlich schmaler, jedenfalls noch nirgends gegen die Tiefe stärker gewucherter Besatz von Epithel, das ausgesprochene Atypien aufweist: Wechselnde Kernplasmarelation, mehrfach ausgesprochen großkernige Zellformen, Kernhyperchromasien und vor allem vermehrte und extrem vergrößerte Nukleolen. Mitosen mehrfach anzutreffen, auch einzelne „Klumpkerne", Basis gegen die breite relative Entzündung scharf abgegrenzt. Kein Anhaltspunkt für echtes karzinomatöses Wachstum.

**Diagnose:** Teilweise ulzerierter Morbus Bowen.

**Therapie:** Elektrochirugische Entfernung des Herdes.

In den oben angeführten 13 Fällen stellten sich die Verteilung der Krankheitserscheinungen und der Verlauf aus Morbus Bowen wie folgt dar:

Männer: 10 (76,92%) Frauen: 3 (23,08%)

**Altersverteilung nach Jahrzehnten:**

| Alter | Frauen | Männer |
|---|---|---|
| 30 — 39 | — | 1 |
| 40 — 49 | — | 1 |
| 50 — 59 | 1 | 2 |
| 60 — 69 | 1 | 4 |
| 70 — 79 | — | 1 |
| 80 — 89 | 1 | 1 |

Durchschnittsalter bei Klinikbesuch . . . . . 61,08 Jahre
Dauer des Morbus Bowen bis zum Klinikbesuch . . . von 1 Monat bis 26 Jahre
Durchschnittsdauer des Morbus Bowen
bis zum Klinikbesuch . . . . . 6,12 Jahre
Bei einem Fall ist die Dauer des Morbus Bowen unbekannt.
Beginnende oder maligne Umwandlung . . . . . Bei 6 Fällen oder 44,44%
Dauer vom ersten Krankheitszeichen bis zur
beginnenden oder malignen Umwandlung . . . 1 Monat bis 26 Jahre
Durchschnittsdauer bis zur beginnenden oder
malignen Umwandlung . . . . . 9,83 Jahre
WaR und Nebenreaktionen waren bei allen Fällen negativ.

**Lokalisation:**

| | |
|---|---|
| Unterlippe | 6 |
| Zunge | 1 |
| Wangenschleimhaut | 1 |
| Unter- und Oberlippe, harter Gaumen | 1 |
| Wangenschleimhaut, Unter- und Oberlippe, harter und weicher Gaumen | 1 |
| Wangenschleimhaut, harter Gaumen, untere Zahnleiste, Oberlippe | 1 |
| Wangenschleimhaut und Zunge | 1 |
| Weicher Gaumen | 1 |

**Gebiß:**

| | |
|---|---|
| Prothesenträger | 4 |
| Zahnlos ohne Prothese | 4 |
| Zähne saniert | 2 |
| Ohne Angaben | 3 |

Ein Patient war starker Raucher, über die anderen liegen keine Angaben vor.

**Histologisches Bild:**

| | |
|---|---|
| Typ basozellulär | 2 |
| Typ hyperplasie pure | 2 |
| Typ hyperplasie pure mit Leukoplakie | 1 |
| Ulzerierter Morbus Bowen | 1 |
| Typ hyperplasie pure und Morbus Bowen Carcinom | 1 |
| Morbus Bowen mit beginnender oder maligner Umwandlung | 5 |
| Übergangsbild („fait de passage") zwischen einfacher (reiner) Hyperplasie und klassischer Form | 1 |

In demselben Zeitraum kamen 67 histologisch gesicherte Morbus Bowen Fälle an der Haut und anderen Schleimhäuten vor. Davon waren 35 Frauen und 32 Männer, was einem Verhältnis — Morbus Bowen der Mundschleimhaut gegen Morbus Bowen der Haut und anderen Schleimhäuten — 1 zu 5.15 entspricht. Das Durchschnittsalter bei diesen Fällen war 67,13 Jahre. Beginnende oder maligne Umwandlung in 16 Fällen oder 23,97%.

## 2. Erythroplasie (Queyrat).

**Fallbeschreibung:**

Franz H., 57 Jahre alt, Porzellanmaler.

**I. Klinikaufenthalt** 1949.

**Spezielle Anamnese:** Keine Angaben.

**Allgemeinbefund:** 57jähriger Patient in reduziertem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet. Gereiztes seborrhoisches Ekzem.

**Mundhöhle:** Rachenring gerötet, reichlich Schleim an der Rachenhinterwand sichtbar. Prothesenträger.

Zunge grob gefaltet, in den zentralen Partien grau verfärbt.

**Lokalbefund:** An der Wangenschleimhaut, im Bereich des rechten Mundwinkels, befindet sich ein 10-pfennigstückgroßer, rotglänzender, feingekörnter, infiltrierter Herd. Das Zentrum des Herdes ist erodiert mit geringer, weißlicher Verfärbung in streifenfömiger Anordnung sowie einzelnen Teleangiektasien.

**Histol.:** Material: PE. Mundschleimhaut rechts.

**Klinische Diagnose:** z. B. erosive Leukoplakie.

Mächtige (insbesondere interpapilläre) Akanthose. Die zwischen den Papillen gelegenen Epithelien sind zu breiten Zapfen, hier und da auch zu mehr blockartigen Gebilden formiert. Die Grenze zwischen Epidermis und Corium ist größtenteils scharf — durch Lückenbildung zwischen beiden Gewebsabschnitten — stellenweise noch besonders betont.

Der Papillarkörper ist zumeist zu schmalen Septen ausgezogen, die fast überall die Epidermisoberfläche nahezu erreichen. Innerhalb dieser Septen befinden sich strotzend mit Erythrocyten gefüllte Blutgefäße. Ein Stratum granulosum ist nirgends erkennbar. Auf das Stratum spinosum folgt unmittelbar eine Schicht mit schmalen, langgestreckten, größtenteils horizontal gelagerten, dichtliegenden Kernen (Parakeratose). Die palisadenartige Anordnung der Zellen des Stratum basale ist durchweg aufgehoben. Die Zellen selbst haben mehr oder weniger Spindelform, sie sind pigmentarm, zum größten Teil völlig pigmentfrei.

Sehr auffälliges, vorzugsweise intraepitheliales (speziell auch Kern-) Ödem der Oberhaut. Die gesamte Epidermis — mit Ausnahme der basal gelegenen Schichten — erscheint dadurch auffallend hell. In den unteren Bereichen der Stachelzellschicht finden sich Mitosen, die bezüglich ihrer Zahl über das übliche hinausgehen. Die ganze Lederhaut ist außerordentlich oedematös; ihre Gefäße (speziell die des oberen und mittleren Coriums) sind erweitert und prall mit roten Blutkörperchen gefüllt. In den dem Epithel benachbarten Lederhautbezirken findet sich ein stellenweise sehr dichtes Infiltrat, das sich in der Hauptsache aus Lymphocyten und vereinzelten (darunter auch eosinophilen) Granulocyten (neben gewucherten Bindegewebszellen) zusammensetzt. Abwehrzellen durchwandern — stellenweise sehr reichlich — die Oberhaut.

**Diagnose:** Erythroplasie (Queyrat).
**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 4/15 mm n. W.
WaR und Nebenreaktionen negativ.
**Therapie:** Fraktionierte Röntgen-Nahbestrahlung mit insgesamt 4950 r.

**II. Klinikaufenthalt** nach 2 Monaten.

**Lokalbefund:** Im allgemeinen unverändert.

**Diagnose:** Gleichlautend.

**III. Klinikaufenthalt** nach 5 Monaten.

**Spezielle Anamnese:** Seit Monaten bemerkte der Patient, daß sich die Veränderung im Munde vergrößerte und daß manchmal Schmerzen auftraten.

**Allgemeinbefund:** Das gereizte seborrhoische Ekzem ist auf den ganzen Körper verbreitet; Coronarsclerose.

**Lokalbefund:** Wiederum befallen ist die Mundschleimhaut. Dort zeigt sich im Bereich der rechten Intercalarlinie ein etwa daumennagelgroßer Herd, der in der Peripherie drei etwa linsengroße, gelblich verfärbte eingezogene Erosionen aufweist. Im Zentrum bestehen geringe, weißliche Verfärbungen in streifenförmiger Anordnung sowie einzelne Teleangiektasien. Der Herd fühlt sich gegenüber der Umgebung derber an. Auf der linken Wangenschleimhaut gegenüber dem hinteren unteren Molaren bestehen ein pfenniggroßer Herd, der bei Palpation gering infiltriert erscheint, ein dunkles Erythem mit fleckenförmigen Streifen und zentralen roten Punkten.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 17/34 mm n. W. WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Keine weitere Bestrahlung bzw. Behandlung der Erythroplasie. Am 15. 2. 50 Exitus. Als Todesursache wurde eine Thrombose der linken Coronararterie festgestellt.

An der Haut und anderen Schleimhäuten wurden 9 Fälle histologisch gesicherter Erythroplasie (Queyrat) diagnostiziert, davon 7 Männer und 2 Frauen im Durchschnittsalter 53,7 Jahre.
Beginnende oder maligne Umwandlung trat in 4 Fällen oder 44,44% ein.

### 3. Keratoma senile.

**Fall 1:** Johann H., 65 Jahre alt, Rentner.

**Klinikaufenthalt** 1953.

**Spezielle Anamnese:** Vor einem Jahr bemerkte der Patient einen weißen Fleck im Lippenrot der Unterlippe, der sich langsam vergrößerte und warzig veränderte; dabei bestanden keine Beschwerden.

**Allgemeinbefund:** 65jähriger Patient in ausreichendem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute mäßig durchblutet.

**Mundhöhle:** Zunge feucht, keine Zähne, sonst ohne Befund.

**Lokalbefund:** Auf dem Saumgebiet der Unterlippe sieht man weißliche, hyperkeratotische Veränderungen, die das gesamte Lippenrot bedecken. Rechts von der Medianlinie befindet sich ein auf dem Saumgebiet breitbasig aufsitzender Tumor von Mandelgröße. Der Tumor zeigt eine mäßige Konsistenz und eine zerklüftete, blumenkohlartige Oberfläche von der Farbe des Saumgebietes. Ein Teil des Tumors, der nach vorne das Saumgebiet überragt, zeigt eine ausgesprochen derbe Konsistenz und braunschwarze Verhornung. Die Tumoroberfläche ist durch tiefe Furchen in einzelne hirse- bis hanfkorngroße Elemente unterteilt. Im Lymphabflußgebiet der Unterlippe sind keine vergrößerten und verhärteten Lymphknoten zu tasten.

**Histol.:** Material PE. Unterlippe.

Keratoma senile; ausgesprochen papillomatöse Konfiguration mit cornu cutaneum-ähnlicher (Para) Hyperkeratose.

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktion negativ, sonst ohne Befund.

**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 2:** Philipp L. 56 Jahre alt, Postsekretär (Innendienst)

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Anamnese:** Seit etwa 2—3 Jahren an der Unterlippe „weißer Fleck".

**Befund:** An der Unterlippe sieht man im Saumgebiet und übergreifend auf die Schleimhaut, scharf begrenzte weiße Flecken und hauchige Trübung des Epithels.

**Histol.:** Material: PE Unterlippe.

Im Lippensaumgebiet eine umschriebene, teilweise parakeratotische Hyperkeratose und eine, etwas unregelmäßige, schmalzapfige Proliferation des Rete Malpighii, mit hinreichend scharfer, aber etwas ungleichmäßig angeordneter Basis. Eine Zellunruhe ist angedeutet, schwere Atypien fehlen. Auch besteht eine nur mäßige und oberflächliche Entzündung im etwas sclerosierten Papillarkörper.

**Diagnose:** Bild eines Keratoma senile der Lippe.

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 3:** Linus S., 55 Jahre alt, landwirtschaftl. Arbeiter.

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Anamnese:** Seit 3—4 Monaten hat der Patient an der Unterlippe im Lippenrot links eine Veränderung, die mit einer Kruste bedeckt ist.

**Befund:** An der Unterlippe sieht man links im Lippenrot einen etwa linsengroßen, harten, hyperkeratotischen Fleck, der mit der Unterlage nicht verwachsen ist.

**Histol.:** Material: PE. Unterlippe.

**Klin. Diagnose:** Beginnendes Stachelzellkarzinom. Plumpzapfige, geradezu verruköse Epidermiswucherung in die Tiefe und mit ausgedehnter Verhornung über

den proliferisierenden Nestern. Papillarkörper papillomatös gestreckt, nur mäßig entzündlich durchsetzt. Die basalen Zellschichten der Epidermis zeigen unregelmäßige Anordnung und Tingierbarkeit der Kerne, sowie deutliche Interzellularbrücke. Grob gesehen ist die Abgrenzung noch scharf, ebenso fehlt freie Ablösung von Epithelnestern gegen die Tiefe zu.

**Diagnose:** Keratoma senile.

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Therapie:** Excision mit der elektrischen Schlinge.

In demselben Zeitraum konnte man von 103 Krebsen der Unterlippe bei 27 Fällen auf Grund der Anamnese, des klinischen und histologischen Bildes mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß sie auf dem Boden eines Keratoma senile entstanden sind. Hiervon ausgenommen waren die Krebse, die auf dem Boden des Morbus Bowen, der Erythroplasie (Queyrat), der Cheilitis glandularis und exfoliativa und der Leukoplakie hervorgingen.

### 4. Cheilitis glandularis.

**Fall 1:** Georg M., 46jähriger Mann, Arbeiter.

**Poliklinikbesuch** 1949.

**Befund:** Cheilitis glandularis.

**Therapie:** Röntgennahbestrahlung.

**Fall 2:** Anastasius K. 25 Jahre alt, landwirtschaftl. Arbeiter aus der Ukraine.

**Klinikaufenthalt** 1950.

**Spezielle Anamnese:** Vor 6 Jahren bemerkte Patient zum erstenmal, daß die Innenseiten der Ober- und Unterlippe sich verdickten. Die Anschwellung dieser Partien nahm in den nächsten 3 Jahren noch weiter zu und blieb dann auf dem gleichen Zustand bestehen. Patient ist seit seiner Jugend in der Landwirtschaft beschäftigt. Irgendwelche Prodromalerscheinungen, wie Trockenheit der Lippen oder Abschilfern der Haut oder der Schleimhaut, hat er nicht bemerkt.

**Allgemeinbefund:** 25jähriger Patient in gutem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet.

**Mundhöhle:** Zunge feucht, nicht belegt. Gebiß, Tonsillen und Rachen o. B.

**Lokalbefund:** Befallen sind Unter- und Oberlippenschleimhaut und zwar die bei Lippenschluß der Zahnreihe zugekehrten Schleimhautanteile. Diese sind verdickt, weich und treten wulstig hervor. Die Farbe ist hellrot, die Oberfläche glänzend und weist zahlreiche stecknadelspitzgroße Pünktchen mit zentraler Öffnung auf, aus welchen sich auf seitlichen Druck kleine Tröpfchen eines klaren, etwas zähen Sekretes entleeren. Die vorderen Partien der Lippen zeigen keine Veränderungen. Zähne und Zahnfleisch sind ohne pathologische Veränderungen. Keine regionäre Lymphdrüsenschwellung.

**Histol.:** Material: PE. aus der rechten Oberlippe, Excision der medialen Anteile der Unterlippe.

**Epidermis:** Normales Lippenepithel. Schmale Papillen, Epithel-Dermagrenze scharf.

**Corium:** Subepidermal stellenweise zahlreiche erythrocytenangefüllte Teleangiektasien. Die Lederhaut besteht aus einem zellreichen Bindegewebe mit deutlicher Vermehrung der Kerne im Papillarkörper. In den mittleren und unteren Coriumschichten Haufen hypoplastischer Schleimdrüsenknäuel. Zwischen den Schläuchen und um diese herum Infiltration, die sich hauptsächlich aus Plasmazellen zusammensetzt. Außer vereinzelt sichtbaren, cystischen Erweiterungen einiger Ausführungsgänge sieht man cystische Erweiterung aller Anteile einer in der Tiefe liegenden Drüse mit sehr starker, kernreicher Bindegewebsvermehrung

zwischen den Schläuchen dieses Knäuels. Zwischen dieser Schleimdrüse und dem Epithel findet sich ein subakut entzündlicher Prozeß mit zahlreichen Granulocyten.

**Diagnose:** Cheilitis glandularis simplex.

**Therapie:** Vornahme einer Exstirpation der Drüsenhyperplasien. Der Wundheilungsverlauf war komplikationslos, der kosmetische Effekt ist gut.

**Fall 3:** Nikolaus K. 75 Jahre alt, Landwirt aus Jugoslawien.

**Klinikaufenthalt** 1950.

**Allgemeinbefund:** 75jähriger Patient in gutem Kräftezustand, Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

**Mundhöhle:** Zunge feucht, leicht belegt. Gebiß lückenhaft und sanierungsbedürftig. Linke Tonsille zeigt weiße Stippchen, sonst o. B.

**Befund:** Seborrhisches Ekzem.

**Lokalbefund:** Die Unterlippe ist atrophisch und weist fleckförmige Hyper- und Depigmentierungen auf. Zur Schleimhautseite hin findet man mehrere polsterartige Verdickungen, an deren Oberfläche man wenige Drüsenausführungsgänge mit Sekrettropfen erkennen kann.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 2/6 mm n. W. WaR und Nebenreaktionen negativ, sonst o. B.

**Epidermis:** Gering- bis mittelgradige Akanthose. Oedem.

**Derma:** Starke Blutgefäßerweiterung und sehr auffällige Hyperaemie. Oedem. Geringgradige (mononucläre) zellige Infiltration. Elastische Fasern spärlich. Hyperplasie der Lippendrüsen. Drüsenausführungsgänge weit. In Paraffin eingebettetes Material bietet den gleichen Befund.

**Diagnose:** Cheilitis glandularis simplex.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 15/22 mm. n. W. Im Blutbild besteht eine relative Lymphcytose und geringe Linksverschiebung.

**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung der Oberlippe insgesamt mit 4000 r.

**II. Klinikaufenthalt** nach einem halben Jahr.

**Allgemeinbefund:** Unverändert.

**Lokalbefund:** Die Veränderungen an der bei Lippenschluß der Zahnreihe zugewandten Partie der Unterlippenschleimhaut sind gegenüber dem Aufnahmebefund bei der letztmaligen stationären Behandlung nicht mehr so wulstig ausgeprägt. Immerhin bestehen noch deutliche wulstige Verdickungen, und auf seitlichen Druck sieht man aus den Schleimhautdrüsenmündungen kleine Sekrettröpfchen hervortreten.

**Histol.:** Material: PE. aus der Oberlippe; Operationspräparat. Zustand nach fraktionierter Röntgenbestrahlung.

**Epidermis:** Stellenweise gering- bis mittelgradige Akanthose, Oedem.

**Derma:** Blutgefäße zahlreich, stark erweitert und auffallend hyperaemisch. Blutaustritte, eisenhaltiges Pigment. Oedem. Circumvasale und diffuse Durchsetzung der Submucosa durch Histiocyten, Lymphocyten und insebsondere Plasmazellen. Stellenweise mehrkernige synzytiale Gebilde vom Typ der Fremdkörperriesenzellen. Elastische Fasern rarefiziert. Naevusartige Hyperplasie der Glandulae labiales. Im Bereich ihres Zwischengewebes besonders starke plasmacelluläre Infiltration. Drüsenausführungsgänge weit. Quergestreifte Muskulatur spärlich. Stellenweise angedeutet kapselartige Verdichtung des kollagenen Bindegewebes in der Peripherie von Drüsengruppen.

**Diagnose:** Cheilitis glandularis simplex aut pura.

**Therapie:** Vornahme einer Exstirpation der Drüsenhyperplasien. Der Wundheilungsverlauf war komplikationslos, der kosmetische Effekt ist gut.

**Fall 4:** Diemodis S. Schwester.
**Poliklinikbesuch** 1950.
**Befund:** Solitäre metastatische Aphte, Nephritis.
**Spezialbefund:** Cheilitis glandularis simplex.
**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Fall 5:** Robert H., 46jähriger Mann, Arbeiter.
**Poliklinikbesuch** 1950.
**Anamnese:** Seit einigen Monaten Affektion an der Unterlippe. Die Beschwerden treten angeblich hauptsächlich nach Alkoholgenuß auf.
**Befund:** Cheilitis glandularis simplex.

**Fall 6:** Vinzenz M., 51jähriger Mann, Müller.
**Poliklinikbesuch** 1950.
**Befund:** Es handelt sich um eine in erster Linie auf der Unterlippe und in geringem Grade an der Oberlippe lokalisierte Cheilitis glandularis simplex.
Erosive Veränderungen der Unterlippe: Sommercheilitis.

**Fall 7:** Ella W., 30 jährige Hausfrau.
**Poliklinikbesuch** 1950.
**Befund:** Cheilitis glandularis simplex partium aposthematosa.

**Fall 8:** Inge E., 27jährige Hausfrau.
**Poliklinikbesuch** 1950.
**Befund:** Venerophobie.
**Spezieller Befund:** Cheilitis glandularis simplex.
**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Fall 9:** Rudolf H., 26jähriger Student.
**Poliklinikbesuch** 1951.
**Befund:** Cheilitis glandularis simplex und Schleimhautcyste der Unterlippe links.
**Histol.:** Material: PE. der Unterlippe links. Schleimhautcyste der Unterlippe links bei Cheilitis glandularis simplex.
**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Fall 10:** Walter A., 24jähriger Medizinstudent.
**Poliklinikbesuch** 1951.
**Befund:** Schleimhautcyste auf Cheilitis glandularis simplex.
**Histol.:** Material: Herd im Bereich der Unterlippe links. Nach Einbettung in Paraffin.
Cheilitis glandularis. Schleimhautcyste wahrscheinlich, jedoch infolge weitgehender (wohl im Verlauf der Präparation erfolgter) Zerstörung des fraglichen Gebildes nicht sicher zu beurteilen. Kein Krebs. Unterhalb der fraglichen Cyste histiocytäres Granulom mit mehrkernigen Riesenzellen.

**Fall 11.** Georg S., 68jähriger Rentner.
**Poliklinikbesuch** 1951.
**Befund:** Altersdiabetes.
Vitiligo.
Stachelzellkarzinom der Unterlippe.
**Spezieller Befund:** Cheilitis glandularis.
**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 12.** Irmgard M., 20jährige landwirtschaftliche Arbeiterin.
**Poliklinikbesuch** 1952.
**Anamnese:** Seit Jahren klagt die Patientin über aufgesprungene Lippen.
**Befund:** Cheilitis glandularis.
**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 13.** Emma B., 17jährige Landwirtstochter.
**Poliklinikbesuch** 1952.
**Anamnese:** Seit 3 Monaten merkte die Patientin Verdickung der Lippen.
**Befund:** Cheilitis glandularis der Unterlippe.

**Fall 14.** Georg J., 76jähriger Landwirt.
**Klinikaufenthalt** 1952.
**Spezielle Anamnese:** o. B.
**Allgemeinbefund:** 76jähriger Patient in mittlerem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Stauungsdermatose; seborrhoisches mikrobisches Ekzem.
**Mundhöhle:** Zunge feucht, nicht belegt. Tonsillen und Rachenring o. B., Gebiß lückenhaft, sanierungsbedürftig. Sonst o. B.
**Lokalbefund:** Cheilitis glandularis simplex der Oberlippe. Auf Druck entleert sich wasserklares Sekret.
**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 38/70 mm m. W. WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Fall 15.** Georg P., 25 Jahre alter Arbeiter aus Rumänien.
**Klinikaufenthalt** 1952.
**Spezielle Anamnese:** Vor zwei Jahren merkte der Patient, daß die Innenseite der Lippe links dick wurde, keine Schmerzen. Patient dachte an einen Insektenstich, da sich die Lippe „pelzig" anfühlte. In der letzten Woche ist die Veränderung langsam größer geworden.
**Allgemeinbefund:** 25jähriger Patient in gutem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind gut durchblutet.
**Mundhöhle:** Rachenring und Tonsillen leicht gerötet. Rechte Tonsille mäßig vergrößert. Zunge feucht, nicht belegt. Gebiß saniert, kaufähig. Sonst o. B.
**Lokalbefund:** Befallen ist die Schleimhaut der Unterlippe unter Aussparung des Lippenrotes. Man findet einen streng umschriebenen gut haselnußgroßen und mäßig derben Herd, der sich im linken Anteil der Schleimhaut befindet und der die Medianlinie nicht überschreitet. Man erkennt zahlreiche punktförmige Ausführungsgänge der Drüsen, die teilweise einen roten Hof besitzen und etwas prominent erscheinen. Deutliche Sekrettropfen sind nach Abwischen sichtbar. Bei Palpation findet man einen gelappten Bau. Rechts von der Medianlinie befinden sich mehrere kleine Herde von etwa Pfefferkorngröße, ebenfalls mit erweiterten, sichtbaren Ausführungsgang und Sekrettropfen. Keine regionäre Lymphknotenschwellung.
**Histol.:** Material PE. Unterlippenschleimhaut links. Cheilitis glandularis.
**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ, sonst o. B.

**Fall 16.** Franz H., 52 Jahre alter Wäscher.
**Klinikaufenthalt** 1952.
**Eigenanamnese:** o. B.
**Spezielle Anamnese:** Seit Jahren hat der Patient aufgesprungene Unterlippe. Vor drei Jahren bildete sich an der linken Seite der Unterlippe eine kleine, mit Borken bedeckte Stelle. Die Borken fielen nach einiger Zeit ab, um bald darauf sich wieder neu zu bilden. Angeblich langsames Größerwerden der Veränderung.
**Allgemeinbefund:** 52jähriger Patient in mittlerem Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute sind gut durchblutet.

**Mundhöhle:** Angedeutete Lingua plicata. Rachenring leicht gerötet. Gebiß: Nur wenig kariöse Zahnstümpfe.

**Lokalbefund:** Befallen ist die Unterlippe, weniger die Oberlippe. Es besteht eine Atrophie der Lippenschleimhaut. In der Mitte der Unterlippe sieht man eine halberbsengroße, ovale Hyperkeratose. Am Übergang von Lippen zur Mundschleimhaut erscheint die Schleimhaut stellenweise weißlich glänzend, verdickt und gequollen. In der Mitte der linken Unterlippenhälfte sieht man einen 15×7 mm großen flachen, derben Tumor, der zentral flach ulceriert ist und dessen Oberfläche zum Teil eine feinpapilläre Beschaffenheit aufweist. An der Unterlippe läßt sich auf Druck tropfenförmig wasserklares Sekret leicht ausdrücken. Keine regionären Lymphknotenvergrößerungen. Probeexcision verweigert.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 3/5 mm n. W., WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Klinische Diagnose:** Cheilitis exfoliativa mit Leukoplakie. Cheilitis glandularis und Unterlippenkarzinom.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgen-Nahbestrahlung mit insgesamt 8500 R.

**II. Klinkaufenthalt** nach 2 Jahren.

**Spezielle Anamnese:** Seit zwei Wochen erneute Ulceration an der linken Unterlippen-Hälfte.

**Allgemeinbefund:** Unverändert.

**Lokalbefund:** Die Unterlippe ist in toto atrophisch. Links paramedian sieht man einen 1×2 cm großen Schorf von etwa dreieckiger Begrenzung. In diesem Bezirk besteht eine mäßige Infiltration des Gewebes. Nach Ablösen des Schorfes liegt eine Erosion vor, deren Fläche sehr fein granuliert ist. Die Oberlippenschleimhaut zeigt gleichfalls atrophische Veränderungen, allerdings nicht so ausgeprägt wie an der Unterlippe.

**Histol.:** Material: PE. Unterlippe links.

Flaches, von einer leukocytenreichen Borke bedecktes Ulcus mit stark entzündlich granulierendem Grund ohne Anhaltspunkte für ein Ca-Rezidiv. Ausgeprägte sklerotische Gefäßveränderungen mit teilweiser totaler Obliteration, Hyalinose und Elastica-Aufsplitterung. Ziemlich flache, seitlich anschließende Epidermis mit etwas unregelmäßiger Basalzellschicht, leukozytärer häufchenförmiger Exozytose und parakeratotischer Schuppung.

Keine Zeichen für Cheilitis glandularis im vorliegenden Excidat (keine Schleimdrüsen mit excidiert).

**Diagnose:** Cheilitis exfoliativa. Bild eines Röntgenkombinations- und Summationsschadens.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 20/35 mm n. W. WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Fall 17.** Gottfried R., 64jähriger Arbeiter.

**Poliklinikbesuch** 1953.

**Befund:** Cheilitis glandularis; beginnendes Stachelzell-Carcinom der Unterlippe.

**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 18.** Berthold W., 63jähriger Landwirt.

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Anamnese:** Seit Jahren im Frühjahr immer aufgesprungene Unterlippe.

**Befund:** Auf der Unterlippe erkennt man auf atrophischer Epidermis Schuppung und zur Schleimhaut hin erweiterte Drüsenmündungen, die auf seitlichen Druck einen Tropfen wasserklare Flüssigkeit entleeren.

**Diagnose:** Cheilitis glandularis und Cheilitis exfoliativa.

**Therapie:** Excision.

In den aufgeführten 18 Fällen von Cheilitis glandularis ergibt sich folgendes statistisches Bild:

Männer: 13 Frauen: 5
Alter: 17—76 Jahre.
Durchschnittsalter: 41 Jahre.

**Altersverteilung nach Jahrzehnten:**

| Alter | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| 10 — 19 | — | 1 |
| 20 — 29 | 4 | 2 |
| 30 — 39 | — | 1 |
| 40 — 49 | 2 | — |
| 50 — 59 | 2 | — |
| 60 — 69 | 3 | — |
| 70 — 79 | 2 | — |

Bei einer Patientin fehlte die Altersangabe.
Dauer der Cheilitis glandularis bis zum Klinikbesuch: „seit einigen Monaten bis „seit Jahren".
Maligne Umwandlung: bei 3 Fällen oder 16,6%.

Berufe:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Landwirt | 3 | Student | 2 |
| Landwirtschafl.Arbeiter, -in | 2 | Wäscher | 1 |
| Landwirtstochter | 1 | Rentner | 1 |
| Arbeiter | 4 | Schwester | 1 |
| Hausfrau | 2 | Müller | 1 |

Lokalisation:

| | |
|---|---|
| Unterlippe | 9 |
| Oberlippe | 1 |
| Unter- und Oberlippe | 3 |
| „Lippen" | 1 |
| Ohne Angabe | 4 |

Krankheiten bei deren Behandlung in der Klinik und Poliklinik Cheilitis glandalaris festgestellt wurde:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Schleimhautcyste | 2 | Venerophobie | 1 |
| Seborrhoisches Ekzem | 1 | Nephritis | 1 |
| Seborrhoisches Ekzem und Stauungs-Dermatose | 1 | Maligne Umwandlung | 3 |
| Cheilitis exfoliativa | 1 | | |

Bei 10 Kranken wurden Seroreaktionen auf Lues negativ gefunden, bei anderen fehlten die Angaben.

### 5. Cheilitis exfoliativa.

**Fall 1.** Emil G., 70jähriger Landarbeiter.
**Poliklinikbesuch** 1948.
**Befund:** Cheilitis exfoliativa.

**Fall 2.** Karl K., 21jähriger Schlosser.
**Poliklinikbesuch** 1948.
**Befund:** Cheilitis exfoliativa.
Stomatitis catarrhalis.

**Fall 3.** Ludwig R., 47jähriger Bauer.
**Poliklinikbesuch** 1948.
**Befund:** Cheilitis exfoliativa.
**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 4.** Wilhelm B., 40jähriger Zimmermann.

**Poliklinikbesuch** 1949.

**Anamnese:** Seit einem Jahr aufgesprungene Unterlippe.

**Befund:** Scharf begrenzter fingernagelgroßer Herd in der linken Unterlippenseite. Harter Rand, Verkrustung, Nässen.

**Diagnose:** Stachelzellkarzinom auf Cheilitis exfoliativa.

**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 5.** Bruno B., 57jähriger Mann.

**Poliklinikbesuch** 1949.

**Befund:** 1. Cheilitis exfoliativa,
2. Lichenifiziertes seborrhoisches Ekzem.

**Fall 6.** Willi E., 39jähriger Zimmermann.

**Klinikaufenthalt** 1951.

**Eigenanamnese:** o. B.

**Spezielle Anamnese:** Seit einem Jahr Cheilitis exfoliativa, seit ca. 3 Monaten zeigen sich ein harter, infiltrierter Rand und eine kleine Erosion.

**Lokalbefund:** Befallen ist die Unterlippe rechts; die gesamte Unterlippe weist eine gering ausgeprägte Cheilitis exfoliativa auf. Außerdem besteht eine geringe Atrophie. Paramedian rechts findet man einen bohnengroßen derben, scharf gegen die Umgebung abgesetzten Tumor, der zentral ulceriert ist. Regionäre Lymphknoten sind nicht tastbar.

**Histol.:** Material PE. aus der Unterlippe rechts.

**Diagnose:** Hornperlen bildendes Stachelzellkarzinom.

**Allgemeinbefund:** 39jähriger Mann in gutem Kräftezustand.

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktionen negativ. Sonst o. B.

**Therapie:** Fraktionierte Röntgen-Nahbestrahlung mit Gesamtdosis 8000 r.

**Fall 7.** Ewald L., 20jähriger Tischler.

**Klinikaufenthalt** 1952.

**Spezielle Anamnese:** Patient gibt an, daß er wiederholt an rauhen und spröden Lippen leide. Nach scharfem Wind entwickeln sich leicht schmerzhafte Einrisse. Seit einigen Tagen ist die Unterlippe stark angeschwollen und sehr schmerzhaft. Das Öffnen des Mundes und das Schlucken sind erschwert.

**Algemeinbefund:** 20jähriger Mann in gutem Kräftezustand.

**Mundhöhle:** Zunge belegt, Tonsillen und Rachenring reizlos.

**Lokalbefund:** Befallen sind die Ober- und Unterlippe sowie die angrenzenden Partien der Mundschleimhaut. Die Unterlippe ist mäßig oedematös geschwollen. Die medialen Anteile werden von flächenhaften, gelben Belägen bedeckt, die multiple, radiär verlaufenden Rhagaden und flache Ulcerationen und Erosionen bedecken. Innerhalb dieser Veränderungen findet man punktförmige Haemorrhagien und Pusteln. Die Veränderungen nehmen das Lippenrot und die angrenzende Schleimhautseite der Unterlippe ein. Die Mundwinkel lassen eine zarte Schuppung erkennen, die nach medial zunimmt und teilweise Hyperkeratosen aufweist. An der Oberlippe findet man gleichfalls einen schmalen Streifen, der von einer nicht stark ausgeprägten Schuppung und in den medialen Anteilen von wenigen Rhagaden und Krustenauflagerungen bedeckt ist. Submental und submandibulär palpiert man druckschmerzhafte bis wallnußgroße, weiche Lymphknotenschwellungen.

**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 28/50 mm. n. W., WaR und Nebenreaktionen negativ.

**Fall 8.** Franz H., 52jähriger Wäscher.

Beschreibung Cheilitis glandularis Fall Nr. 16.

**Fall 9.** Ludwig W., 62 jähriger Kaufmann.
**Poliklinikbesuch** 1952.
**Befund:** Die Lippen weisen im Lippenrot Fissuren und leichte Schuppen auf.
**Diagnose:** Cheilitis exfoliativa.

**Fall 10:** Wolfgang M., 14jähriger Schüler.
**Poliklinikbsuch** 1952.
**Anamnese:** Seit einem Monat Vergrößerung der Lippen.
**Befund:** Die Lippen, vor allem die Unterlippe, zeigen geringe Vergrößerung, Schwellung und Schuppung.
**Diagnose:** Cheilitis exfoliativa.

**Fall 11.** Georg H., 64jähriger Tüncher.
**Klinikaufenthalt** 1954.
**Spezielle Anamnese:** Seit 14 Jahren leichtes Wundsein und leichte Schuppung an der Unterlippe. Seit zwei Jahren leichtes Wundsein, Nässen und Bluten der Unterlippe links, Grindbildung. In der letzten Zeit Größerwerden der geschwürigen Veränderung. Patient ist Zigarrenraucher, rauchte früher links, jetzt rechts.
**Allgemeinbefund:** 64jähriger Patient, adipös in gutem Kräftezustand.
**Mundhöhle:** Mundschleimhaut, Rachen, Tonsillen und Zunge o. B.
**Lokalbefund:** Befallen ist das Unterlippenrot. Es zeigt Atrophie und leichte Schuppung. An der linken Seite der Unterlippe befindet sich ein etwa kirschkerngroßer, flacher Tumor, der sich derb anfühlt und der in etwa Linsengröße zentral flach ulceriert ist. Etwa 1 cm medial davon findet sich ein gleichartiger, halb so großer ulcerierter Tumor. Keine regionäre Lymphknotenschwellung.
**Histol.:** Material: Excisionen aus den beiden Herden.
In beiden Excisionen ein verhornendes Stachelzell-Ca., das im linken Mundwinkelbereich bereits angrenzende, quergestreifte Muskulatur erreicht und von dicker, plasmo-histiozytärer Entzündung umgeben ist. Außerdem bestehen hier Ulceration und deutliche parakeratotische Hornperlenbildung. Das medial davon lokalisierte Ca. steht noch mehr am Beginn und wächst erst an einer Stelle deutlicher gegen die Tiefe vor. Es zeigt geringe Verhornungstendenz. Umschriebene Ulceration.
**Diagnose:** Cheilitis exfoliativa mit multiplen Stachelzellkarzinomen.
**Blutbefund:** Blutsenkungsgeschwindigkeit 22/43 mm n. W., WaR und Nebenreaktionen negativ.
**Therapie:** Fraktionierte Röntgen-Nahbestrahlung mit Gesamtdosis 8000 r.

**Fall 12.** Ewald L., 23jähriger Maschinenschlosser.
**Poliklinikbesuch** 1954.
**Anamnese:** Seit etwa einem Jahr bemerkte der Patient Veränderungen auf der Unterlippe und seit 2 Monaten auf der Oberlippe, die schon mehrmals bestrahlt wurden.
**Befund:** Bei der klinischen Untersuchung fand man auf der Unterlippe Schuppen und Rhagadenbildung, außerdem in der Mitte der rechten Hälfte der Unterlippe und Oberlippe je einen linsengroßen und an der Unterlippe zusätzlich einen kleinfingernagelgroßen, das Hautniveau plateauartig überragenden Tumor. Es handelt sich um eine Cheilitis exfoliativa und Verrucae planae juvenilis.
**Therapie:** Röntgen-Nahbestrahlung.

**Fall 13.** Berthold W., 63jähriger Landwirt.
Beschreibung Cheilitis glandularis Fall Nr. 18.

**Fall 14.** Otto L., 34jähriger Landwirt.

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Anamnese:** Seit zwei Jahren ist die Unterlippe im Sommer leicht wund und mit Schorfen bedeckt.

**Befund:** Die Lippen sind blau und weisen im Lippenrot Fissuren, Borkenbildung und leichtes Nässen auf. Es handelt sich um eine Cheilitis exfoliativa.

**Fall 15.** August R., 50jähriger landwirtschaftlicher Arbeiter.

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Anamnese:** Wegen multipler Stachelzellkarzinome in poliklinischer Behandlung. Seit 8 Wochen erosive Veränderungen an Unterlippe rechts.

**Befund:** An der Unterlippe rechts sieht man eine linsengroße Erosion, die leicht nässend ist. Kein Anhalt für Karzinombildung.

**Diagnose:** Cheilitis exfoliativa.

**Fall 16.** Cornelia D., 66jährige Hausfrau.

**Poliklinikbesuch** 1954.

**Anamnese:** Seit 4 Wochen Brennen an der Unterlippe und Auftreten von gesprungenen Lippen.

**Befund:** An der Unterlippe erosives, schuppendes Erythem im Bereich des Lippenrotes. An der Seite des Saumgebietes großer krustöser Herd. An der Mundschleimhaut drei stecknadelkopfgroße Cysten.

**Diagnose:** Cheilitis exfoliativa.

Aus den 16 Fällen der Cheilitis exfoliativa ergibt sich folgendes Bild:

Männer: 15 Frauen: 1

Alter: 14 bis 70 Jahre

Durchschnittsalter 45,12 Jahre

**Altersverteilung nach Jahrzehnten**

| Alter | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| 10 — 19 | 1 | — |
| 20 — 29 | 3 | — |
| 30 — 39 | 2 | — |
| 40 — 49 | 2 | — |
| 50 — 59 | 3 | — |
| 60 — 69 | 3 | 1 |
| 70 — 79 | 1 | — |

Lokalisation

Unterlippe . . . . . 8
Unter- und Oberlippe . . . . . 2
Lippen . . . . . 1
Ohne Angaben . . . . . 5

Maligne Umwandlung . . . bei 3 Fällen oder 18,7%

Dauer der Cheilitis exfoliativa bis zum Klinikbesuch . . 14 Tage bis „seit Jahren"

Berufe

Landwirt und landwirtschaftl. Arbeiter . . . . . 5
Zimmermann . . . . . 2
Kaufmann . . . . . 1
Schneidermeister . . . . . 1
Schüler . . . . . 1
Schlosser . . . . . 2
Tischler . . . . . 1
Tüncher . . . . . 1
Wäscher . . . . . 1
Hausfrau . . . . . 1

### 6. Cheilitis abrasiva praecancerosa (Manganotti).

**Fall 1.** Anton D., 41jähriger Bauer.

**Poliklinikbesuch** 1950.

**Anamnese:** Seit einem Jahr Veränderungen an der Unterlippe.

**Befund:** Klinisch wird Verdacht auf Stachelzell-Ca. geäußert.

**Histol.:** Herd aus der Unterlippe. Totalexcision.

Epidermis: Akanthose und Papillomatose. Parahyperkeratose. Starke Hyperaemie der Papillarkörpergefäße. Oedem. Subkorneale Bildung. In den zentralen Bezirken fehlt die epidermale Deckschicht teils partiell, teils vollständig. Zu einem großen Teil besitzen die Reteleisten nicht mehr die ihnen (auch bei akanthotischer Wucherung) eigentümliche Zapfen-Keil- oder Keulenform; es ist viel eher die Gestalt von Läppchen (lobuli), die sie bei ihrer Einsenkung in die oberen Dermabezirke bevorzugen. Inmitten dieser Läppchen finden sich vielfach parakeratotische Hornperlen.

Derma: Starke entzündliche (in den unteren Partien mehr histiocytär-plasmazelluläre, in den oberen mehr granulocytäre) Abwehrreaktion.

**Diagnose:** Cheilitis abrasiva praecancerosa (Manganotti).

**Fall 2.** Johann S., 83jähriger Mann.

**Anamnese:** Seit etwa einem Jahr Geschwür an der Unterlippe, das fortschreitendes Wachstum zeigte.

**Befund:** Leukoplakie mit abrasiver Cheilitis der Unterlippe.

**Histol.:** Material PE. aus der Unterlippe links.

Leukoplakie mit „Cheilitis abrasiva praecancerosa". Kein Anhalt für Ca. in den vorliegenden Präparaten.

**Therapie:** Wegen des hohen Alters wurde auf eine Röntgen-Behandlung verzichtet.

### 7. Glossitis interstitialis luica.

**Fall 1.** Emil H., 41jähriger Schlosser.

**Klinikaufenthalt** 1950.

**Spezielle Anamnese:** Der Patient gibt an, schon immer eine dicke Zunge gehabt zu haben. Während des Krieges, etwa im Jahre 1943, bemerkte der Patient, daß beim Rauchen mit selbst angebautem Tabak auf der Zunge Brennen auftrat. Ausgesprochene Schmerzen hatte er daran noch nicht bemerkt. Eine Lues-Erkrankung ist ihm nicht bekannt. Er wurde auch deswegen noch nicht behandelt. Über eine Lues-Erkrankung der Ehefrau ist ebenfalls nichts bekannt. Keine Bluttransfusion.

**Allgemeinbefund:** 41jähriger Patient in gutem Kräftezustand.

**Mundhöhle:** Gebiß. Am weichen Gaumen zahlreiche hirsenkorngroße Knötchen, sonst o. B.

**Lokalbefund:** An der Unterlippe besteht geringgradige Atrophie. Die Zungenoberfläche und Zungenspitze, bei Freibleiben der zentralen Anteile, weisen fleckenförmige, scharf begrenzte, glasigweißliche, mäßig infiltrierte Herde auf. Außerdem bestehen besonders in den medialen und hinteren Anteilen der Zunge Knoten biz zu Bohnengröße und tiefe Furchen, die keine besondere Anordnung erkennen lassen. Die übrige Mundschleimhaut weist keine Veränderungen auf. Rachenring gering gerötet.

**Histol.:** Material: Herd vom rechten Zungenrand.

Sich bis in die quergestreifte Muskulatur hinein erstreckende, seröszellige (betont plasmazelluläre) Entzündung mit sehr charakteristischer, deutlich in die Muskularis hinein verfolgbarer Neubildung von (wellig und einander parallel verlaufenden) kollagenen Fasern.

**Diagnose:** Klassisches Bild der tertiär-luischen, sclerosierenden („interstitiellen"-Frieboes u. a.) oberflächlichen und tiefen Glossitis.

**Blutbefund:** WaR: positiv, Kahn: positiv, MKR: positiv.

**Therapie:** 6,0 Mill. E. Penicillin i. m., 60 g Jodkali p. o.

**Fall 2.** Josus F., 52jähriger Kürschner.

**Poliklinikbesuch** 1950.

**Befund:** Glossitis interstitialis luica.

**Blutbefund:** WaR und Nebenreaktion positiv.

**Therapie:** 6,0 Mill. E. Penicillin i. m.

Zum Vergleich bemerke ich, daß von den zehn Zungenkarzinomen (8 Männer, 2 Frauen) nur in einem Fall die Seroreaktionen positiv waren. Es handelte sich um eine atypische, tertiäre Lues.

## 8. Leukoplakie.

Zuletzt füge ich die Statistik von 48 Fällen der Leukoplakie der Mundschleimhaut hinzu:

Männer: 41 Frauen: 7

Alter: 26 bis 81 Jahre

Durchschnittsalter: 54,33 Jahre

**Altersverteilung nach Jahrzehnten**

| Alter | Männer | Frauen |
|---|---|---|
| 20 — 29 | 2 | — |
| 30 — 39 | 1 | 1 |
| 40 — 49 | 12 | 3 |
| 50 — 59 | 13 | 1 |
| 60 — 69 | 8 | 1 |
| 70 — 79 | 3 | 1 |
| 80 — 89 | 2 | — |

Dauer der Leukoplakie: Nur 12 Patienten konnten Angaben über Dauer der Leukoplakie der Mundschleimhaut machen. Sie war: In 10 Fällen 14 Tage bis 7 Jahre, bei einem Fall: „Seit einigen Monaten" und bei dem andern Fall: „Seit 7 Jahren".

Durchschnittsdauer der Leukoplakie (bei 10 Fällen) . . . . . 2 Jahre

Maligne Umwandlung . . . . . bei 4 Fällen oder 8,03%

Lokalisation

Wangenschleimhaut rechts . . . . . 2
Wangenschleimhaut links . . . . . 2
Wangenschleimhaut beiderseits . . . . . 25
Unterlippe (einschließlich Saumgebiet) . . . . . 6
Unter- und Oberlippe . . . . . 2
Zunge . . . . . 5
Harter Gaumen . . . . . 4
Weicher Gaumen . . . . . 1
Zahnleiste unten . . . . . 1

Ätiologie der Leukoplakie

WaR und Nebenreaktionen positiv . . . . . 3

Zähne

Saniert . . . . . 2
Nicht saniert . . . . . 5
Prothesenträger . . . . . 5
Angaben fehlen . . . . . 36

Fünf Kranke waren starke Raucher, bei anderen fehlten die Angaben.
12mal veranlaßte die Leukoplakie Klinik- oder Poliklinikbesuch.
36 mal wurde die Leukoplakie als Nebenbefund bei folgenden Krankheiten festgestellt:

Seborrhoisch-mikrobisches Ekzem . . . . . 12
Stauungsdermatose und Pyodermie . . . . . 4
Maligne Umwandlung . . . . . 3
Morbus Bowen der Mundschleimhaut . . . . . 2
Psoriasis vulgaris . . . . . 2

Hyperhidrosis, Exfoliatio areata linguae und Lingua plicata, Keratoma senile, Scrofuloderm, Lichen ruber planus der Mundschleimheit, Cheilitis glandularis, Cheilitis exfoliativa und maligne Umwandlung, Cheilitis granulomatosa, Glossitis rhomboidica und Syringomyelie, Stachelzell-Ca des Oberlides, Verrucae vulgares, Induratio penis plastica, Papillome, Cancroid je 1

Klinisches Bild

Alle Formen: Von leichter Rötung und Epitheltrübung bis zu dicken, über das übrige Schleimhautniveau sich erhebenden, schneeweißen oder perlmutterglänzenden, verhärteten Schwarten.

Histologisches Bild

Verbreiterung der Malpighischen Schicht mit Wucherung und Hyperthrophie der interpapillaren Zapfen; reichlich Keratohyalin in der Körnerschicht. Rundzelleninfiltration im Papillarkörper.

## Zusammenfassung.

In Anbetracht der sehr aktuellen Frage des Krebsproblems und der ständigen Sorge um die Verbesserung der frühzeitigen klinischen Erfassung bösartiger Neoplasmen, haben alle diejenigen krankhaften Veränderungen Bedeutung erlangt, welche eine maligne Entartung erfahren können und allgemein als Praecancerosen bezeichnet werden.

Zu diesem Problem der Praecancerosen, speziell der Mundschleimhaut, wird an Hand des einschlägigen Schrifttums Stellung genommen.

Auf Grund der Gesamtzahl der Einzelbeobachtungen, der verschiedenen Auffassungen der Autoren und des Materials des Krankengutes der Universitäts-Hautklinik Würzburg werden die Praecancerosen der Mundschleimhaut in zwei Gruppen geteilt: 1. Praecancerosen mit hoher Malignität, bei denen von Anfang an die Frage gestellt wird: „Praecancerose oder Carcinom." Hierher gehören: Morbus Bowen, Erythroplasie (Queyrat), Keratoma senile. 2. Praecancerosen mit niedriger Malignität, bei denen die Frage gestellt wird: „Praecancerose oder Krankheiten, bei denen das Vorkommen des Carcinoms ein Zufall ist." Hierher gehören: Cheilitis glandularis, Cheilitis exfoliativa, Cheilitis abrasiva praecancerosa, Glossitis interstitialis luica und Leukoplakie.

Anschließend an den Literaturüberblick wird über dreizehn Fälle von Morbus Bowen der Mundschleimhaut, einen Fall von Erythroplasie (Queyrat), drei Fälle von Keratoma senile des Lippenrotes und der Lippenschleimhaut, achtzehn Fälle von Cheilitis glandularis simplex, sechszehn Fälle von Cheilitis exfoliativa, zwei Fälle von Cheilitis abrasiva praecancerosa, zwei Fälle von Glossitis interstitialis luica und 48 Fälle von Leukoplakie der Mundschleimhaut aus dem Krankengut der Universitäts-Hautklinik und Poliklinik Würzburg im Zeitraum von 1948 bis 1954 berichtet.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. med. H. Schuermann für die freundliche Überlassung der Arbeit und die gütigen Ratschläge meinen besten Dank aussprechen.

## Literaturangaben.


Ahlbom, H.: Acta radiol. (Stockh) **18**, 163 (1937)
ref. Zbl. H. u. G. **56**, 640 (1937)
v. Albertini, A.: Schweiz. med. Wschr. **1948**, 964
ref. Zbl. H. u. G. **73**, 458 (1949)
Anderson, P. N.: Arch. of Derm. **35**, 323 (1937)
Anderson, P. N.: Arch. of Derm. **42**, 641 (1940)
Ayres, S.: J. Americ. med. assoc. **81**, 1183 (1923)
ref. Zbl. H. u. G. **11**, 45 (1924)
Baer, Th.: Derm. Ztschr. **22**, 121 (1915)
Balabanow, K.: Zbl. H. u. G. **70**, 22 (1943)
Balabanow, K.: Arch. f. Derm. u. Syph. **185**, 162 (1943/44)
Bang, F. u. G. Guldberg: Ugeskr. Laeg. **1935**, 51 (Dänisch)
ref. Zbl. H. u. G. **51**, 45 (1935)
Barbier (Marseille): III Congr. d. Derm. et Syph. d. lang. franc., Brüssel, Juli 1926, 114.
ref. Ann de Derm. **6**, 58 (1926)
Beck, S. C.: Handb. f. H. u. G. Jadassohn, Bd. XII/3 S. 416, Berlin 1932, Springer.
Bejarano, J., Actas dermo-sifiliogr. **21**, 245 (1929)
ref. Zetrbl. H. u. G. **31**, 365 (1930)
Bejarano, J.: Actas dermo-sifiliogr. **25**, 339 (1933)
ref. Ztrbl. H. u. G. **45**, 475 (1933)
Bejarano, J.: Verh. I. internal. Kongr. Kampf Krebs **2**, 13 (1933)
ref. Ztrbl. H. u. G. **50**, 148 (1935)
Bejarano, J.: Actas dermo-sifiliogr. **26**, 535 (1934)
ref. Zbl. H. u. G. **51**, 46 (1935)
Belot, G.: J. amerc. med. Assoc. **94**, 1985 (1930)
ref. Zbl. H. u. G. **35**, 824 (1931)
Billroth: zit. nach Eller ref. Zbl. H. u. G. **35**, 786 (1931)
Bloch, J.: Die Praxis d. Hautkrankh. — Unnas Lehren, Urban-Schwarzenberg 1908, Berlin-Wien.
Bloch, Br.: Derm. Wschr. **91**, 1164 (1930)
Bloch, Br.: Zbl. H. u. G. **21**, 421 (1927)
Bloodgoods: zit. Eller, Jordan, Anderson: J. amer. med. Assoc. **94**, 382 (1930)
ref. Zbl. H. u. G. **35**, 786 (1931)
Boselllini, P. L.: Derm. Wschr. **91**, 1173 (1930)
Bowen, J. T.: J. of Cutan. Dis. iclud. Syph. **30**, 241 (1912)
ref. Derm. Wschr. **55**, 1131 (1912)
Brighton, G. R. and Altman, F.: Arch. Otolaryng. **36**, 354 (1932)
Broders, A. C.: J. amer. med. Assoc. **1932**, 1670
Broll: Zbl. H. u. G. **76**, 421 (1951)
Brunauer, S. R.: Arch. f. Derm. u. Syph. **129**, 186 (1921)
Cade, S.: Ann. Roy. Coll. Surg. **4**, 381 (1949)
ref. Zbl. H. u. G. **74**, 419 (1950)
Cahn, L. R.: Amer. J. Orthodont. a. Or. surg. **26**, 492 (1940)
ref. Zbl. H. u. G. **65**, 688 (1940)
Cahn, L. R.: Amer. J. Orthodont. a. Or. surg. **27**, 35 (1941)
ref. Zbl. H. u. G.**67**, 610 (1941)
Carol, W. L. L.: Arch. f. Derm. u. Syph. **152**, 684 (1926)
Carol, W. L. L., E. L. J. Mouwen, C. Postma u. J. R. Prakken:
Arch. f. Derm. u. Syph. **176**, 487 (1937)
Carrera: Aussprache Herrera, J. A. und M. J. Quiroga: Rev. Argent. Dermato-Sifilol. **20**, 384 (1936)
ref. Zbl. H. u. G. **56**, 256, (1937)
Cailliau, F.: Le Cancer **11**, 81 (1934)
ref. Zbl. H. u. G. **54**, 427 (1937)
Chiale, G. F.: Giorn. ital. Dermat. **80**, 39 (1939)
ref. Zbl. H. u. G. **62**, 673 (1939)
Civatte, A.: Arch. derm. Syph. Hosp. St. Louis 498 (1932)
ref. Zbl. H. u. G. **44**, 662 (1933)
Civatte, A.: Congreso Inter. Monografica d. Cancer de la Piel, Barcelona **1929**, II 518
Cipollaro, A. C. and Forster, P. D.: New York State J. Med. **40**, 264 (1940)

Cole, H. N. and J. R. Driver: Arch. of Derm. **37**, 338 (1938)
ref. Zbl. H. u. G. **59**, 323 (1938)
Cortelezzi, E. D.: Rev. argent. med. Assoc. **49**, 379 (1936)
ref. Zbl. H. u .G. **52**, 248 (1936)
Covisa, J. S., Bejarano, J., Gay Prieto, J.: 8. Cnngr. intern. de Dermat. et Syph., Kopenhag. **1930**, 819
ref. Zbl. H .u. G. **37**, **706** (1931)
Crosti, A.: Giorn. ital. Derm. **1939**, III
zit. nach Wendlberger Derm. Wschr. **113**, 569 (1941)
Darier, J.: Grundriß d. Dermatolog. Berlin, J. Springer (1949)
Darier, J.: Ann de Derm. **1914**, 449
ref. Derm. Wschr. **61**, 868 (1915)
Darier, J.: Ann de Derm. **1920**, 49
ref. Derm. Wschr. **71**, 475 (1920)
Decker, D. A.: Arch. of Derm. **43**, 591 (1941)
ref. Zbl. H. u. G. **68**, 693 (1942)
Deelmann, H. T.: Z. Krebsforsch. **29**, 307 (1929)
Deelmann, H. T.: Z. Krebsforsch. **38**, 648 (1933)
Deelmann, H. T.: Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1932**, 2416
ref. Zbl. H. u. G. **42**, 200 (1932).
Delbanco, E.: Derm. Zschr. **45**, 134 (1925)
Delbanco, E.: Tung-Chi **8**, 177 (1933)
ref. Zbl. H. u. G. **45**, 475 (1933)
Delbet, P.: Progr. med. Jg. 48, Nr. **18**, 192 (1921)
ref. Zbl. H. u. G. **2**, 179 (1921)
Diehl, S. R. M.: Rev. med. lat. amer. **25**, 1113 (1940)
ref. Zbl. H. u. G. **66**, 662 (1941)
Doty, C. A.: Arch. of Derm. **23**, 585 (1931)
Doyon: zit. nach Lankhout Zbl. H. u. G. **4**, 269 (1922)
Dreifuss, W. und Br. Bloch: Arch. f. Derm. u. Syph., **140**, 6 (1922)
Dubowy, M.: Przegl. dermat. **34**, 20 (1939)
ref. Zbl. H. u. G. **64**, 220 (1940)
Dubreuilh, W.: Third. inernat. Congr. of Dermat, London, **1896**, 125.
Dubreuilh, W.: Ann. de Dermat. **1912**, 129.
Ducrey, C.: Tipografia et cartiera centrali **1923**, 144
ref. Zbl. H. u. G. **10**, 268 (1924)
Dufke, F.: Arch. f. Derm. u. Syph. **156**, 424 (1928)
Eichenlaub F. J.: Arch. of Derm. **37**, 590 (1938)
Eliascheff, O.: Ann. de Derm. **4**, 433 (1923)
ref. Zbl. H. u. G. **10**, 271 (1924)
Eller, J., Jordan, N. P. Anderson: J. amer. med. Assoc. **94**, 382 (1930)
ref. Zbl. H. u. G. **35**, 786 (1931)
Eller, J. and Vincent J. Ryan: Arch. of Derm. **22**, 1043 (1930)
Feldman, S.: Arch. of Derm. **37**, 860 (1938)
ref. Zbl. H. u. G. **60**, 435 (1938)
Fells: zit. Kren. Arzt Zieler, Bd. 3 S. 960
Fernandez, A. A. and J. Capurro: Urolog. Rev. **41**, 495 (1937)
ref. Zbl. H. u. G. **58**, 131 (1938)
Fournier und Darier, J.: Bull. Soc. franc. Derm. **4**, 328 (1893)
Fovier, C.: Paris thesis 1932
Fox, H.: Arch. of Derm. **25**, 407 (1932)
ref. Zbl. H. u. G. **41**, 382 (1932)
Fox, H.: Aussprache b. Eichenlaub: Arch. of Derm. **37**, 590 (1938)
Frank Stiles: Arch. of Derm. **30**, 647 (1934)
Franke, H., Seige, K.: Dtsch. Z. Verdgs. usw. Krkh. **10**, 51 (1950)
ref. Zbl. H. u. G. **77**, 60 (1950)
Fraser, J. F.: Arch. of Derm. **18**, 809 (1928)
Fraser, J. F.: Arch. of Derm. **19**, 306 (1929)
Freund, H.: Arch. f. Derm. u. Syph. **167**, 401 (1933)
Freudenthal, W.: Arch. f. Derm. u. Syph. **152**, 114 u. 505 (1926)
Freudenthal, W.: Arch. f. Derm. u. Syph. **158**, 538 (1929)
Fuchs, H.: Wien med. Wochschr. **1941**, II, 621
ref. Zbl. H. u. G. **68**, 29 (1942)
Friedman, S.: J. of Urol. **69**, 813 (1953)
ref. Zbl. H. u. G. **87**, 266 (1954)
Gay, Prieto, Cazorla Romero, J.: Actas dermo-sifiliogr. **25**, 700 (1933)
ref. Zbl. H. u. G. **46**, 489 (1933)
Gendreau, J. E. and G. Pinsonneault: Urol. Rev. **42**, 647 (1938)
ref. Zbl. H. u. G. **61**, 402 (1939)
Goeckerman, W. H. u. L. F. Wilhelm: Arch. of Derm. **42**, 641 (1940)

Goldberg, L. C.: Arch. of Derm. **36**, 47 (1937)
Gorlin, Robert J.: Oral Surg., oral med and Path. **3/I**, 35 (1950)
Gougerot, H. Moulonguet et E. Lortat-Jacob et Eliascheff: Bull.. Soc. franc. Dermat. et Syph. **43**, 631 (1936)
Grütz, O.: Derm. Wschr. **79**, 1193 (1924)
Grzybowski, M.: Ann. de Derm. **4**, 198 (1933)
Grzybowski, M.: Ann. d. Derm. **7**, 598 (1936)
Guhrauer: Zbl. H. u. G. **29**, 604 (1929)
Gutmann, C.: Derm. Wschr. **80**, 641 u. 676 (1925)
Haase: zit. L. Kumer und Lang, Arzt-Zieler Bd. II S. 894
Hazen, H. H. and F. J. Eichenlaub: J. Amerc. med. assoc. **79**, 1487 (1922) ref. Zbl. H. u. G. **7**, 510 (1923)
Herzen, V.: Schweiz. Rundsch. Med. **22**, 70 (1922) ref. Zbl. H. u. G. **5**, 54 (1922)
Hoffmann, J.: Aussprache b. Eichenlaub, Arch. of Derm. **37**, 590 (1938)
Hookey, John A.: Arch. of Derm. **23**, 946 (1931)
Horand, R.: ref. Monatschr. f. Derm. **47**, 579 (1908)
Horwarth Walter: J. Laryng. a. otol. **50**, 28 (1935)
Hudelo, Lucien et Cailliau: Ann. de Derm. **4**, 813 (1933) ref. Zbl. H. u. G. **47**, 490 (1934)
Hudelo, Oury et Cailliau: Bull. Soc. franc. Derm. **1922**, 139 ref. Zbl. H. u. G. **6**, 93 (1923)
Iljina A. W. und L. N. Maschkilleisson: Acta dermato-verner. (Stockh.) ref. Zbl. H. u. G. **45**, 476 (1933)
Jadassohn, J.: Dermatologie, Verlag für Medizin, Weidemann u. Co., Wien-Bern 1938.
Jamamoto, J. (Yamamoto): Arch. f. Derm. **148**, 441 (1925)
Janowsky: zit. Zinsser, Jadassohn Handb. f. H. u. G. Bd. XIV/1 S. 82
Jean-Pierre Duesberg: Arch. belg. Dermatol. **5**, 96 (1949) ref. Zbl. H. u. G. **74**, 180 (1950)
Jessner, M.: Arch. f. Derm. u. Syph. **134**, 361 (1921)
Jirmounskaya, K. M.: Vestn. Rentgenol. **21**, 298, (1938) ref. Zbl. H. u. G. **62**, 569 (1939)
Jordan, A. u. Tarabuchin: Derm. Ztschr. **70**, 249 (1935)
Jorno, J. F. (Shorno): Ann. de Derm. 7, 369 (1936) ref. Zbl. H. u. G. **55**, 140 (1937)
Jorno, J. F. (Shorno): Vestn. Venerol. i Dermat. **2**, 175 (1937) ref. Zbl. H. u. G. **57**, 127 (1938)
Jorno, J. F. (Shorno): Acta dermato-vener. (Stockh.) **19**, 123 (1938)
Judd, E. S. and Gordon, B.: Surg. Gynecol. a obstetr. **36**, 163 (1923) ref. Zbl. H. u. G. **8**, 344 (1923)
Justus, J.: Arch. f. Derm. u. Syph. **151**, 441 (1926)
Katayama, Y.: Acta dermat. (Kyoto) **21**, 185 (1933) ref. Zbl. H. u. G. **47**, 700 (1933)
Klingmüller, V.: Arch. f. Derm. u. Syph. **146**, 349 (1924)
Knierer, W.: Hautarzt **1**, 230 (1950)
Kolb, A.: Derm. Wschr. **96**, 96 (1933)
Kopp, C.: Arch. f. Derm. u. Syph. **84**, 341 (1907)
Kreibich, C.: Arch. f. Derm. u. Syph. **154**, 287 (1928)
Kren, O.: Arzt Zieler, Die Haut- u. Geschlechtskrankh., Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wien 1934. Bd. 3 S. 941
Kumer, L. u. F. J. Lang: Arzt Zieler, Die Haut- und Geschlechtskrankh. Urban-Schwarzenberg, Berlin-Wien 1934 Bd. 2 S. 893
Kuncz, Denes: Orv. Közl. Sonderbeil. d. Orv. Hetil. **3**, 78 (1942) ref. Zbl. H. u. G. **69**, 369 (1943)
Kuznitzky, E. and A. Jacoby: Festschr. Josef Reinhold (Brünn) **1936**, 97 ref. Zbl. H. u. G. **54**, 109 (1937)
Lain, Everett S.: Arch. of Derm. **25**, 21 (1932)
Lain, Everett S.: Arch. of Derm. **41**, 295 (1940)
Lambert: Arch. med. Belges **74**, 1132 (1921) ref. Zbl. H. u. G. **5**, 159 (1922)
Lampe, P. H. J.: Actas dermato-vener. (Stockh.) **21**, 622 (1940) ref. Zbl. H. u. G. **68**, 30 (1942)
Langhout, J.: Nederlandsch. tijdschr. v. Geneesk **65**, 3075 (1921) ref. Zbl. H. u. G. **4**, 269 (1922)
Lapowski, B. and A. Walzer: Arch. of Derm. **39**, 184 (1939)
Lauste, Cailliau et Rune: Bull. Soc. franc. Derm. **37**, 663 (1930) ref. Zbl. H. u. G. **36**, 372 (1930)
Leimig, G. Ch.: Inaug. Diss. Sek. Kreb. d. Mundschlh. u. Lipp. Würzburg 1952
Leornadelli, G. B. e. F. Talamazzi: Arch. ital. **69**, 288 u. 107 (1950) ref. Zbl. H. u. G. **83**, 295 (1952) u. Zbl. H. u. G. **77**, 323 (1951/52)

Levi, L.: Giorno. ital. Derm. **94**, 54 (1933)
ref. Zbl. H. u. G. **86**, 53 (1953/54)
Lisi, F.: Boll. Sez. region, Soc. ital. Dermat. **5**, 292 (1931)
ref. Zbl. H. u. G. **40**, 523 (1932)
Lutz, W.: Schweiz. med. Wschr. **1941/II**, 1298
Madsen, A.: Actas dermato-vener (Stockh.) **22**, 24 (1941)
ref. Zbl.H. u. G. **68**, 30 (1942)
Manganotti, G.: Atti 3. Conv. naz. per. la Lotta contro il canc. **1934**, 536
ref. Zbl. H. u. G. **52**, 447 (1936)
Martinotti, L.: Gior. ital. d. malatt. vener. e d. peele **65**, 176 (1924)
ref. Zbl. H. u. G. **13**, 455 (1924)
Massot, A.: Bull. Soc. franc. Derm. **43**, 1856 (1936)
ref. Zbl. H. u. G. **56**, 256 (1937)
Mazzini, M. A.: Verh. 9. internat. Kngr. Dermat. **2**, 824 (1936)
ref. Zbl. H. u. G. **55**, 58 (1937)
Mc Daniel, W. E. and Laster M. Mason: Arch. of Derm. **60**, 419 (1949)
Mc Carthy, F. P.: Arch. of. Derm. **34**, 612 (1934)
Menetrier, P.: Bull. Assoc. franc. Etud. Canc. **1**, 29 (1908)
Menetrier, P. et Touraine, A.: Bull. Assoc. Franc. Etud. Canc. **23**, 380 (1934)
ref. Zbl. H. u. G. **50**, 30 (1935)
Merricks, J. W. and Thomas, L. C. Cottrel: J. of Urol. **69**, 807 (1953)
ref. Zbl. H. u. G. **87**, **266** (1954)
Michelson, H. E.: Arch. of Derm. **22**, 939, (1930)
ref. Zbl. H. u. G. **36**, 777 (1931)
Mikulicz u. Kümmel: Krankheiten d. Mundes **1922**, S. 169
Milian, G.: Rev. franc. dermat **11**, 424 (1935)
ref. Zbl. H. u. G. **53**, 274 (1936)
Montgomery, H.: Arch. of Derm. **39**, 387 (1939)
Montgomery, H.: Arch. of Derm. **32**, 218 (1935)
Montgomery, H. u. J. Dörffel: Arch. f. Derm. u. Syph. **166**, 286 (1932)
Nicolas, J., G. Massia et J. Rousset: Ann de Derm. **1**, 1113 (1930)
Nicolau, S., et Gh. Nastase et A. Motoc: Arch. roum. Path. exper. **12**, 95 (1942)
ref. Zbl. H. u. G. **70**, 65 (1943)
Nikolsky: zit. Jordan u. Tarabuchin: Derm. Wschr. **70**, 249 (1935)
Noguer Moré: Ecos. esp. d. Dermat. y Sifilit, **65**, 290 (1930)
ref. Ann. de Derm. **2**, 809 (1931)
Noguer Moré: An. Hosp. Cruz. y Pablo Barcelona **4**, 185 (1930)
ref. Zbl. H. u. G. **35**, 782 (1931)
Olschanetzky, A. S. (Olchanetzky): Vestn. Venerol. i Dermat. **4**, 64 (1939)
ref. Zbl. H. u. G. **63**, 588 (1940)
Olschanetzky, A. S. (Olchanetzky): Vestn. Chir. **57**, 40 (1939)
ref. Zbl. H. u. G. **63**, 68 (1940)
Orth: zit. b. Schürch: Zbl. H. u. G. **47**, 1 (1934)
Pandy, K.: Derm. Zbl. **22**, 26 (1918)
Pautrier, L.: Arch. of Derm **17**, 767 (1928)
Parkhurst: Aussprache b. Eichenlaub, Arch. of Derm **37**, 590 (1938)
Per, M. u. R. Braude: Russkaja klinika **8**, 530 (1927)
ref. Zbl. H. u. G. **27**, 95 (1928)
Pines Ch.: Arch. of Derm. **42**, 223 (1940)
Portugal-Gline, H., y. L. Rocha: Actas dermo. sifilogr. **41**, 408 (1950)
ref. Zbl. H. u. G. **79**, 361 (1952)
Power, D'Arcy (London): Brit. med. J. **1919**, 3028
ref. Derm Wschr. **71**, 557 (1920)
Prinz, H.: Dent. Cosmos. **70**, 663 u. 801 (1928)
ref. Zbl. H. u. G. **30**, 216 (1929)
Puente, J. J.: Rev. med. lat. amer. **20**, 937 u. 1061 (1935)
ref. Zbl. H. u. G. **55**, 56 (1937)
Puente, J. J.: Rev. argent. Dermat-Sifilol. **21**, 684 (1937)
ref. Zbl. H. u. G. **60**, 435 (1938)
Puente, J. J. a Acevedo, A.: Rev. med. lat. amer. **12**, 671 (1927)
ref. Zbl. H. u. G. **24**, 667 (1927)
Queyrat, M.: Bull. Soc. franc. Derm. **22**, 378 (1911)
Quick Douglas: Canad. med. Assoc. J. **40**, 234 (1939)
ref. Zbl. H. u. G. **63**, 295 (1940)
Quiroga, M. I.: Rev. argent. Dermat-Sifilol. **20**, 243 (1936)
ref. Zbl. H. u. G. **56**, 46 (1936)
Reich, H.: Arch. f. Derm. u. Syphil. **197**, 154 (1954)
Reich, H. u. A. Schunda: Deutsche zahnärzt. Zschr. 8 Jg. 1953 S. 992.
Richon, L.: Ann. de Derm. **1925**, 191

Rille, J. H.: Münch. med. Wschr. **1**, 1005 (1933)
Ronchese, F. u. Providence, R.: Arch. of Derm. **36**, 122 (1937)
Ruiter, M.: Nederl. Tijdschr. Geneesk. **1935**, 3520
ref. Zbl. H. u. G. **52**, 156 (1936)
Ruiter, M.: Arch. of Derm. **33**, 807 (1936)
ref. Zbl. H. u. G. **56**, 47 (1937)
Ryall, C.: The British Medical J. **1913**, 697
ref. Arch. f. Derm. u. Syph. **117**, 651 (1914)
Ryall, C.: Brit. med. J. **1913**, 5. April
ref. Derm. Wschr. **57**, 1056 (1913)
Sachs, V., Georg M. Mac Knee and Perry M. Sachs: Arch. of Derm. **59**, 179 (1940)
ref. Zbl. H. u. G. **73**, 337 (1949)
Savatard, L.: Brit. J. Dermat. **47**, 51 (1935)
ref. Zbl. H. u. G. **51**, 44 (1935)
Schirner, G.: Ungewöhnlich frühes Stadium einer Krebsentwicklung in der Haut. Arbeiten aus der Würzb. Dermat. Klin. VII, 1935—1936, S. 305.
Schmidt, W. E.: Zbl. H. u. G. **50**, 490 (1935)
Schönfeld, W.: Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskr., G. Thieme, Verlag Stuttgart 1949
Schriewer, H.: Cheilitis glandularis. Inaug. Diss. Univ. Hautklinik Würzburg, 1952.
Schürch, O.: Zbl. H. u. G. **47**, 1 (1934)
Schwimmer: Derm. Wschr. **9**, 511 (1877)
Schwimmer: Derm. Wschr. **10**, 53 (1878)
Sequeira, J. H., Brit. J. of dermatol. a syph. **33**, 173 u. 211 (1921)
ref. Zbl. H. u. G. **5**, 377 (1922)
Selenew: Russ. Zbl. f. H. u. vener. Krankh. **6**, 3 (1903)
zit. Jordan u. Tarabuchin: Derm. Ztschr. **70**, 249 (1935)
Shonguth: zit. Zinsser: Hdb. d. H. u. G. J. Springer Verlag 1930, Bd. 14/I S. 82
Stout, A. P.: New York State J. Med. **39**, 85 (1939)
Sutton jr. R. L.: Arch. of Derm. **37**, 737 (1938)
Szathmary, Sebestyen: Derm. Wschr. **88**, 117 (1929)
Szathmary, Sebestyen: Dermat. Budapest **2**, 263 (1928)
ref. Zbl. H. u. G. **29**, 142 (1929)
Szép, E.: Zbl. H. u. G. **69**, 498 (1943)
Szép, E.: Zbl. H. u. G. **69**, 501 (1943)
Tello, E. E.: Rev. argent. Dermatosifilol. **33**, 27 (1949)
ref. Zbl. H. u. G. **76**, 394 (1951)
Tomanek, F.: Cas. Lék. cesk. **1935**, 521
ref. Zbl. H. u. G. **52**, 57 (1936)
Tommasi, L.: Giorn. ital. di dermatol. e sifilol. **67**, 471 (1926)
ref. Zbl. H. u. G. **20**, 889 (1926)
Touraine, A.: Bull. Soc. franc. Derm. **40**, 605 u. 1337 (1933)
ref. Zbl. H. u. G. **46**, 233 (1933) u. **47**, 260 (1934)
Touraine, A.: Rev. Med. **50**, 695 (1933)
ref. Zbl. H. u. G. **48**, 182 (1934)
Touraine, A.: Bull. Soc. franc. Derm. **45**, 433 (1938)
ref. Zbl. H. u. G. **59**, 674 (1938)
Touraine, A.: Bull. Soc. franc. Derm **44**, 2066 (1937)
ref. Zbl. H. u. G. **59**, 323 (1938)
Touraine, A.: Arch. dermato-syphiligr. Hôp. St. Louis **10**, 1 (1938)
ref. Zbl. H. u. G. **60**, 670 (1938)
Touraine, A. et A. Baudouin: Bull. Soc. franc. Derm. **44**, 266 (1937)
ref. Zbl. H. u. G. **59**, 323 (1938)
Touraine, A. et L. Gole: Bull. Soc. franc. Derm. **43**, 740 (1936)
Touraine, A., et Rouzand: Bull. Soc. franc. Derm. **48**, 414 (1941)
ref. Zbl. H. u. G. **69**, 394 (1943)
Touraine, A., et Solente: Bull. Soc. franc. Derm. **40**, 89 (1933)
ref. Zbl. H. u. G. **45**, 475 (1933)
Touraine, A., et Solente: Bull. Soc. franc. Derm. **41**, 256 (1934)
ref. Zbl. H. u. G. **48**, 313 (1934)
Touraine, A., et Solente: Bull. Soc. franc. Derm. **41**, 1682 (1934)
ref. Zbl. H. u. G. **50**, 606 (1935)
Touraine, A., et Solente: Press. Méd. **1934/I**, 191
ref. Zbl. H. u. G. **48**, 1413 (1934)
Touraine, A., et Solente: Press. Méd. **1936/II**,, 1830
ref. Zbl. H. u. G. **56**, 46 (1937)

Touraine, A., Solente et Gesselbrecht: Bull. Soc. franc. Derm. **43**, 170 (1936)

Touraine, A., Solente et Gole: Bull. Soc. franc. Derm. **43**, 1033 (1936)

Touraine, A., Solente et P. Renault: Bull. Soc. franc. Derm. **42**, 340 (1935)

Touraine, A., Solente, Sambron et Duperrat: Bull. Soc. franc. Derm. **42**, 1539 (1935)
ref. Zbl. H. u. G. **53**, 273 (1936)

Traub, E. F.: Arch. of Derm. **29**, 796 (1934)
ref. Zbl. H. u. G. **49**, 221 (1935)

Treite, P.: Zbl. Gynäk. **1942**, 1570
ref. Zbl. H. u. G. **70**, 244 (1943)

Ullmann, K.: Verh. 9te internat. Kongr. Dermat, **2**, 859 (1936)
ref. Zbl. H. u. G. **55**, 57 (1937)

Unna, P. G.: Monatschr. f. prakt. Derm. **11**, 317 (1890)

Unna jr. — Delbanco: Derm. Ztschr. **53**, 658 (1928)

Verrotti, G.: Pag. San. **2**, 171 u. 215 (1930)
ref. Zbl. H. u. G. **36**, 639 (1931)

Vilanova, X.: Actas dermo-sifiliogr. **43**, 43 (1951)
ref. Zbl. H. u. G. **81**, 329 (1952)

Volkmann, R.: Virch. Arch. **50**, 142 (1870)

Walther: Aussprache b. Broll: Zbl. H. u. G. **76**, 421 (1951)

Weissenbach, R., J. Lévy-Franckel et Martineau:
Bull. Soc. franc. Derm. **45**, 599 (1938)
ref. Zbl. H. u. G. **60**, 162 (1938)

Wendlberger, J.: Arch. f. Derm. u. Syph. **176**, 76 (1938)

Wendlberger, J.: Derm. Wschr. **113**, 569 (1941)

Wien, M. S.: Arch. of Derm. **41**, 1160 (1940)
ref. Zbl. H. u. G. **66**, 663 (1941)

Winkler, K.: Z. Hautkrankh. **4**, 329 (1948)
ref. Zbl. H. u. G. **73**, 44 (1949)

Wise, F.: Arch. of Derm. **19**, 1 (1929)
ref. Zbl. H. u. G. **29**, 339 (1930)

Wise und Sulzberger: zit. Woodburne und Philipott: Derm. Wschr. **124**, 846 (1951)

Woodburne, A. R. u. O. S. Philipott: Arch. of Derm. **62**, 820 (1950)
ref. Derm. Wschr. **124**, 846 (1951)

Zieler, K. u. K. Hoede: Der Krebs der Haut u. seine Behandlung. Arbeit aus d. Würzb. dermat. Klinik VIII (1936—1939), S. 358/I 38

Zinsser, F.: Jadassohn Handb. H. u. G., Julius Springer Verlag, 1930, Bd. 14/I, S. 82 u. 90

Bemerkungen: Stiles siehe Frank Stiles
J. P. Duesberg siehe Jean-Pierre Duesberg

## Lebenslauf.

Am 19. 12 1921 wurde ich als Sohn des Staatsbeamten Krisjanis P l a t a i s und seiner Ehefrau Emilie, geb. Cakste in Dobeln/Lettland, geboren. Ich besuchte vier Jahre die Volksschule in Mitau und sieben Jahre das Herzoga Petera Gymnasium ebenda. Nach dem Abitur im Juni 1940 studierte ich an der Lettischen Universität Riga. Im Juni 1940 wurde ich zur „Lettischen Legion" einberufen. Nach meiner Verwundung im Jahre 1945 in Kurland kam ich nach Deutschland. Im März 1946 erfolgte meine Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft. Im Wintersemester 1946/47 setzte ich mein Studium an der Universität Würzburg fort und legte 1950 meine ärztliche Prüfung ab.

Seit 1951 bin ich an der „Labor Service" als Arzt tätig.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Janis Platais